الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

تقدير الذات لدى النساء المصابات بداء سرطان الثدي

-دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي "فرانتز فانون" بالبليدة-

مذكرة تخصص لنيل شهادة ليسانس نظام ل.م.د
تخصص: علوم التربية "إرشاد و توجيه"

من إعداد الطالبة:
- عتيقة عطيس.
- نوال تريش.

إشراف الأستاذة:
سميرة مرداس

السنة الجامعية : 2013-2014

شكر وتقدير

قالى تعالى:

"وإذا تأذن ربكم لئن شكرتم لأزيدنكم "

نحمد الله سبحانه وتعالى الذي حبب إلينا طلب العلم ويسر لنا في سبيله كل صعب وأمدنا الصحة والصبر لإتمام بحثنا هذا

كما نتقدم بالشكر الجزيل كل التقدير والاحترام إلى الأستاذة المشرفة :

"مرداس سميرة "

على كل ما قدمته لنا من توجيهات ونصائح قيمة لانجاز هذا البحث .

كمانتقدم بجزيل الشكر إلى كل أساتذة قسم علم النفس الذين رافقونا طيلة مشوارنا الدراسي .

كما نشكر كل من ساعدنا من قريب أو بعيد على إتمام هذا العمل المتواضع ولو بكلمة طيبة أودعاء.

إلى كل هؤلاء شكرنا وتقديرنا وامتناننا .

إهداء

إلى من وهبني اهتمام الحكماء.....وحب إلى نفسي العلم و العلماء

إلى سيدي صاحب الفضل والسخاء

....من تحمل برودة الشتاء ....وحر الصيف .....و عناء الحياة

""""""""""إليك أبي حبيبي عبد القادر """""""""

....من علمتني الحب والوفاء .....إلى من ترفع أكفها دوما لي بالدعاء

...من تدعو لي جهرا وفي الخفاء إلى النور المضيء صباح مساء

""""""""إليك حبيبة أمي ""ريم"" يا هبة السماء""""""""

....من نور حياتي أغلى من في الكون إلى شريك حياتي زوجي الحبيب""""حسين"""""

إليكم أهلي زوجي وأخص بالذكر أمي وأبي """"بركاهم ""و""عمر"""""

.....من ساعدتني في إنجاز هذه المذكرة أغلى وأحلى وردة في بستان العائلة أختي "نجمة
إلى من ساعدني في كل صغيرة و كبيرة إبيك أخي "حسان" حفظك المولى عز وجل
إلى كل الزملاء خاصة "أسامة"
إليكم إخوتي "بوعلام، عيسى، محمد"و أخواتي وأزواجهم "حكيمة،جويدة"

دون أن أنسى البراعم الصغار "إسراء، محمد ، عبد الرؤوف أية ،إبراهيم ، رانية ،فاطمة

الزهراء، مريم، مايا "

...النجوم المتألقة في السماء إلى من يحيبونني دون مراء إلى من سوف أذوق ألم بعدهم

عني إليكم صديقاتي "حميدة ،مليكة ،نوال، أحلام ، نبيلة ،أمال ، حنان، زينب....."

" " عتيقة"

إهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك .

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار،إلى من علمني العطاء بدون انتظار ،إلى من أحمل اسمه بكل افتخار أرجوان يمد الله في عمرك والدي العزيزين يعقوب و عبد الرحمان

إلى ملاكي في الحياة ،إلى معنى الحب ومعنى الحنان والتفاني ...إلى بسمة الحياة وسر الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب أمي افاطمة وأمي للاهم .

إلى توأم روحي ونور عيني ورفيقة دربي إلى صاحبة القلب الطيب والنوايا الصادقة إلى من رافقتني منذ أن حملنا حقائب صغيرة ومعك سرت الدرب خطوة خطوة وما تزال ترافقني حتى الآن أختي الغالية "مريم"

إلى من أرى نفسي حيث أراهم ويطيب لي حينذاك لقياهم كلما أتذكرهم أسعد بذكراهم اخوتي "سفيان أسامة حمزة أبقاهم الله ذخرا لي في هذه الحياة .

إلى أخي الأكبروأغلى زوج أخت "محفوظ"

إلى من فرحوا دوما بتألقي ونجاحي ،وساهموا بدعمي عند كل حاجتي لهم إلى خالاتي وأخوالي "سليمة شريفة جميلة عامر امحمد" .

إلى من انتظرتها بشوق وّ أتت لتثلج قلوبنا ابنة أختي "أنفل"

إلى صديقاتي حبيبات قلبي ورفيقات دربي" حفيظة ،سهيلة ،سميرة،خديجة،فلة،خديجة ،فاطمة."

إلى من ساعدتني في إنجاز هذا العمل "عقيلة "التي أتمنى لها زواجا هنيئا وسعيدا.

"نول"

فهرس المحتويات

شكر وتقدير.
إهداء.
مقدمة .....أ-ب

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول: سرطان الثدي

تمهيد.....01
1- تعريف سرطان الثدي.....02
2- الدراسات السابقة المتعلقة بسرطان الثدي.....02
3- أنواع أورام الثدي.....05
3- 1- الأورام الحميدة.....05
3-2- الأورام الخبيثة.....06
4- أعراض سرطان الثدي.....04
4- 1- لأعراض النفسية 10
4 -2 - الأعراض الجسدية.....11
5- أسباب الإصابة بسرطان ا لثدي.....12
5-1 - الأسباب النفسية.....12
5-2 - الأسباب الوراثية.....13
5-3 - الأسباب الهرمونية.....13

5-4 - عوامل متعددة.....13
5-5 - تحول بعض الأمراض إلى سرطان الثدي.....15
6- أهم النظريات التي تناولت سرطان الثدي.....15
6-1- مدرسة باريس.....15
6-2- نظرية الأنماط السلوكية 15
7- طرق تشخيص سرطان الثدي.....16
7-1 - الفحص الذاتي.....16
7-2- الفحص العيادي.....16
8- علاج سرطان الثدي.....17
8-1- العلاج الطبي.....17
8-2- العلاج النفسي.....19
8-3- العلاج بالحركة الموجه بالتحليل النفسي.....20
خلاصة.....22

الفصل الثاني:تقدير الذات

تمهيد.....23
I مفهوم الذات.....24
1- تعريف مفهوم الذات 24
2- التناولات النظرية لمفهوم الذات.....26
2-1- نظرية التحليل النفسي.....26
2-2- النظرية الظواهرية.....27
2-3- النظرية السلوكية.....27
2-4- النظرية المعرفية.....27
3- مراحل تكوين مفهوم الذات.....28
3-1- المرحلة الجسمية.....28
3-2- المرحلة السلوكية البدائية 29

3-3 – المرحلة الاجتماعية.....29
4- مستويات الذات.....31
4-1- مستويات الذات عند كارل روجرز.....31
4-2- مستويات الذات عند فيليب فيرنون.....31
5- أبعاد الذات 32
5-1- صورة الذات.....32
5-2- الوعي بالذات 33
5-3- تقبل الذات 33
5-4- تحقيق الذات.....33
5-5- تأكيد الذات.....34
I I تقدير الذات.....34
1- تعريف تقدير الذات.....34
2- مستويات تقدير الذات.....35
2-1- المستوى المنخفض لتقدير الذات 35
2-2- المستوى المرتفع لتقدير الذات.....35
2-3- المستوى المتوسط لتقدير الذات.....37
3- العوامل المؤثرة في تقدير الذات 37
4- قياس تقدير الذات 38
4-1- مقياس كوبر سميث.....38
4-2- مقياس روزنبورغ.....38
4-3- مقياس هير.....39
خلاصة 40

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: منهجية البحث

الإشكالية 41

تحديد الفرضيات 42

أهمية البحث..... 43

تحديد المفاهيم..... 43

تمهيد..... 45

1- منهج الدراسة..... 45

2- ميدان الدراسة..... 45

2-1- الإطار المكاني للدراسة 45

2-2- الإطار الزماني للدراسة..... 46

3- مجموعة البحث..... 46

3-1- معايير انتقاء مجموعة البحث..... 46

3-2- وصف مجموعة البحث..... 46

4- أدوات الدراسة 48

4-1- المقابلة العيادية 48

4-2- مقياس تقدير الذات لروزنبورغ..... 49

5- الأساليب الإحصائية..... 51

الخلاصة..... 52

الفصل الرابع : عرض النتائج وتحليلها

تمهيد..... 53

1-عرض الحالات وتحليلها 54

2-التحليل الإحصائي للنتائج..... 61

3- مناقشة النتائج.....64
خلاصة عامة.....66
قائمة المراجع.....67
قائمة الملاحق.

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	يمثل توزيع مجموعة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية (متزوجة، عزباء)	47
2	يمثل توزيع مجموعة الدراسة حسب المستوى التعليمي(عالي ،منخفض)	47
3	يمثل توزيع مجموعة الدراسة حسب السن	48
4	يمثل تنقيط العبارات الايجابية حسب مقياس تقدير الذات "لروزنبورغ "	50
5	يمثل تنقيط العبارات السلبية حسب لمقياس تقدير الذات "لروزنبورغ "	50
6	يمثل مستويات تقدير الذات لمقياس "روزنبورغ "	51
7	يمثل قيم (ت)لدلالة فروق المتوسطات في تقدير الذات حسب الحالة الأسرية	62-61
8	يمثل قيم (ت)لدلالة فروق المتوسطات في تقدير الذات حسب المستوى التعليمي	62
9	يمثل قيم (ت) لدلالة فروق المتوسطات في تقدير الذات حسب السن	63

مقدمة

مقدمة:

نعيش اليوم عصرا تفوق فيه الإنسان على نفسه محققا أعز أمانيه من تقدم حضاري وتكنولوجي، ولكنه في المقابل لم يستطع أن يحقق ماهيته من خلال تلك المظاهر المختلفة من التقدم.ظهر ذلك كله في تلك الاضطرابات التي تغشى شخصيته ،والأمراض التي تفتك بجسده ،ولقد أصبح السرطان سيد الأمراض نظرا للإحصائيات المهولة للمصابين به ،خاصة سرطان الثدي الذي يصيب كلا الجنسين رجالا ونساء ولكن الإصابة عند المرأة لها أثر خاص نظرا لخصوصية العضو المصاب .فهي تعتبر الثدي رمز الأنوثة والجمال ،ولأن الجمال صفة وقتية تتغير وتضمحل مع تقدم العمر فلا عجب إذا ان بحد ذاتية المراة ونظرتها إلى نفسها معلقة بشيء متغير و غير ثابت مما يجعلها عرضة للتأرجح بين الإيمان بقيمتها وشعورها بالضآلة .

وسعيا منا للوقوف على مدى تاثير الإصابة بسرطان الثدي على تقدير المراة لذتها برزت دراستنا هذه.

وقد تضمنت هذه الدراسة 4على فصول قسمت إلى جانبين ،الجانب النظري والذي احتوى الفصل الأول فيه على سرطان الثدي ،وتم التطرق إلى تعريف سرطان الثدي والدراسات السابقة المتعلقة بسرطان الثدي ،أنواع أورام الثدي ،أعراض سرطان الثدي وأسبابه والنظريات السيكوماتية التي تطرقت إليه ،بالإضافة إلى طرق تشخيصه والوقاية منه ،وكذا علاجه .

أما الفصل الثاني تضمن تقدير الذات،وتم التطرق فيه لكل من مفهوم الذات ،التناولات النظرية لمفهوم الذات ،مراحل تكوين الذات ،مستويات الذات وأبعادها ،أما جزء تقدير الذات فتضمن تعريف تقدير الذات ،مستويات تقدير الذات ،العوامل المؤثرة في تقدير الذات ومقاييس تقدير الذات .

أما الجانب الميداني فقد خصص الفصل الثالث فيه لإجراءات الدراسة المنهجية وذلك بعرض بعرض الإشكالية ،الفرضيات ،أهداف الدراسة ، وتحديد المفاهيم بالإضافة إلى منهج الدراسة المتبع ،عينة الدراسة ،أدوات الدراسة وميدان الدراسة .

والفصل الرابع فقد خصص لعرض النتائج وتحليلها ومناقشتها بالاعتماد على الإطار النظري للدراسة، وأخيرا الخلاصة مع قائمة المراجع المعتمدة والملاحق.

ورغم التعرض لصعوبات أبرزها صعوبة الحصول على العينة وصعوبة التعامل معها عند إجراء المقابلات، إلا أن إيماننا بهذا العمل ساهم في تخطي هذه الصعوبات.كما نود أن نشارك قارئ هذه المذكرة بمقولة لعماد الدين الأصفهاني "إني رأيت أنه لا يكتب أحد كتابا في يومه إلا قال في غده ،لو غير هذا لكان أحسن ،ولو زيد هذا لكان يستحسن ،ولو قدم هذا لكان أفضل، لو ترك هذا لكان أجمل وهذا من أعظم العبر لهو دليل على استيلاء النقص على جملة البشر".

الباب الأول

الجانب النظري

تمهيد :

من بين الأمراض التي جعلت العديد من الأفراد عرضة للموت مرض لطالما أثار الرعب في الأنفس وحصد الكثير من الأرواح ألا وهو السرطان. و يتصدر سرطان الثدي قائمة أنواع السرطانات التي تصيب الإنسان ،وهو بذلك أصبح مبعث رعب في قلب لافظها وسامعها ،وهذا للآلام الكثيرة والمعانات العميقة والتطور الجسدي الذي يطرأ على المصاب به.

وسنتناول في هذا الفصل تعريف سرطان الثدي والدراسات السابقة المتطرقة له وأنواعه و أهم أسبابه وأعراضه و مظاهره، كما سيتم التعرض لطرق تشخيصه و علاجه الطبي وكذا النفسي و أهم النظريات المفسرة له.

1- تعريف سرطان الثدي :

هو ورم متكون من أصل غدة ،يمس غالبية الأحيان الأقنية اللبنية و نادرا ما يصيب العضو، ويسمى كذلك بمرض **باجيت(paget)** (**Larousse Médical** .، **1997**، **ص 45**).

2- الدراسات السابقة المتعلقة بسرطان الثدي :

2-1- دراسة جاكلين لانوزيار1981 (Jakline lanozier):

أثبتت هذه الدراسة حول الاستجابة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي، أن استجابتها في مرحلة الأعراض الأولى تتميز بالرفض والإنكار، حيث أن رفض الاعتراف بالإصابة ناتج عن محاولة تجنب التأكيد لديها، فالمرأة تتفادى استشارة الطبيب.

ووصفت جاكلين هذا الأمر بنمط التفكير الاسمي (Nominaliste) أي أن الأشياء تبقى غير موجودة إلا إذا تمت تسميتها ،بمعنى أنه حتى ولو لاحظت المرأة

الأعراض الأولى فهي لا تذهب لاستشارة الطبيب كي لا تؤكد خبر إصابتها رغم شكوكها (**M-F Bacqué** .،**1992**، **ص 29**).

وللتاكيد على ما جاءت به دراسة جاكلين لانوزيار فإن احد الدراسات التي قام بها ابرامس (Abrams)و آخرون سنة 1953 أظهرت أن 90% من مجموع 60 مريضا بالسرطان تراوحت عندهم الفترة الممتدة ما بين ظهور أول الأعراض وبين أول استشارة طبية من (7الى 10) أشهر .

إضافة إلى دراسات أخرى أجريت من طرف مارقاري (Margaray) وآخرون سنة 1977 على مجموعة 100 مصابة بسرطان الثدي أن 70 منهن كانت أول استشارة طبية لهن بعد انقضاء ثلاثة أشهر على بداية ظهور الأعراض الأولى (**D Razavi**.،**2001**، ص **65**).

2-2- دراسة كامرون وآخرون (Cameron &all):

أثبتت هذه الدراسة على نساء مصابات بسرطان الثدي ،سنة1988 أن النساء المثقفات يرفضن الاعتراف **بالإصابة** ويشككن في تشخيص الطبيب، مفسرات رفضهن بعدم وجود اية إصابة بالسرطان في عائلاتهن ، ويستمر هذا الرفض لغاية تشخيص المرض وتسميته من طرف الطبيب .

وتعتبر فكرة "عندي سرطان"عندما ستتدخل من طرف المريض بمثابة ثورة نفسية ، تكون إما بشكل عنيف أو متدرج ،حيث انها تثير مجموعة من الاستجابات النفسية من انفعالات وافكار متعلقة بالموت والشعور بالنقص، ولهذا السبب تعيد المراة في غالب الاحيان النظر في علاقاتها الاجتماعية ،المهنية والشخصية ، لما تولد عندها من مخاوف من المستقبل ، هذا الأخير يؤدي الى ظهور أزمة شخصية وبين شخصية .

وحسب دراسة ويزمان و ويردان (Weisman et Worden) سنة 1976 فان هذه الأزمة تدوم ثلاثة (3) أشهر عند70 من مجموع 80 مصابة بسرطان الثدي ، إضافة إلى هذا فالمرأة تشعر بخوف عارم تختلف أسبابه حسب الحالة ، لكن حسب دراسة ماغير و آخرون (Magure &all) سنة 1978 فإن 55% من هذا الخوف يكون موجها نحو الموت و 18% منه موجها نحو فقدان الثدي ، أما الباقي فكان موجها نحو مواضيع مختلفة، مثل الخوف من الابتعاد عن المنزل ،الألم ،فقدان منصب العمل (**D Razavi**.،**2002**، ص**137 -138**).

2-3- دراسة سياقل وآخرون سنة1990 (Siegle et all):

بينت هذه الدراسة أن المرأة المصابة بسرطان الثدي تظهر نوعا م فقدان الثقة والحساسية الزائدة، وعدم الاتزان ،حيث تؤثر هذه الخصائص على حياتها اليومية ومن جانب اخر فالمراة تبقى دائما خائفة من ظهور سرطان ثانوي.

2-4- دراسة ويزمان و ويردان(Weisman et Worden) سنة (1976):

اظهرت هذه الدراسة ان مرحلة العلاج مهمة لاسترجاع المراة حياتها اليومية ،ولكن من جهة اخرى فسيرورتها الجيدة لا تنبئ بحال جيدة ،في حال ما انتكس المرض وظهر سرطان ثانوي،وهنا تدخل المرأة المصابة في ما يسمى بمرحلة انتكاس،وهي مرحلة ذات وزن كبير من الألم ،ولكنها اية لعذاب وطول مدة انتظار ،بالنسبة لبعض المريضات.

2-5- دراسة هولند (Holland) سنة (1986):

كانت قد خصت 102 مريضة، وهدفها قياس العلاقة بين القلق وإعلان الانتكاس ،ووجد أنه بالنسبة للمرضى الذين فوجئا بالخبر كان القلق عندهم مرتفع،أما المرضى الذين لم يقتنعوا بالشفاء ، فدرجة القلق عندهم كانت ضئيلة .

كما يلاحظ على المريضات في مرحلة العلاج ،تدهور في الحالة العامة ،إذ يظهر التعب السريع ، سرعة القلق ،الاكتئاب ،إضافة إلى ظهور أعراض أخرى كفقدان الشهية ،اضطرابات في النوم ....الخ (E Ferragut.،2004، ص 52-53) .

2-6- دراسة باركر وآخرون(Parker&all)سنة 1986:

وحسبه فإن الخوف أثناء المرحلة النهائية من الإصابة بالسرطان يكون موجها نحو الموت ،ويظهر هذا الأخير بنسبة70% من حالات الخوف من الافتراق،و20% من حالات الخوف من ترك الآخرين (أبناء، زوج ، إخوة ، والدين.....)و10% من حالات الخوف من الألم و المعاناة الجسدية. (**D Razavi**.،**1998**، ص **124**).

3 – أنواع سرطان الثدي:

3–1– الأورام الحميدة:

وهي أورام مسالمة حسنة السلوك،وتعايش المريض دون أن تسبب له متاعب تذكر،وهي تنشأ في سكون تام وتنمو ببطئ شديد،وتستغرق سيرته الذاتية سنوات عديدة تصل إلى عشر أو عشرين سنة. وهي تنمو بطريقة التوسع لا الانتشار وعلى شكل دائري،ومن النادر أن تسبب وفاة المريض ،وإذا حدث ذلك يكون بسبب موقعها لا سلوكها (أبو غرارة ف– ع.، **1990** ،ص**35**).

ونجد فيها ما يلي :

– ورم نسيجي ضام على مستوى الثدي(**Tumeur conjonctive du sein**) : تأخذ دعامة النسيج الضام للورم السلوك الخبيث،مما يتطلب العلاج الجراحي، بالإضافة إلى العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة (**F. Iarrace**،**1985**، ص **76**).

الورم الغدي الليفي (**L'adenfibrome**):

هو من أكثر الأورام الحميدة شيوعا،و يصيب الفئة العمرية بعد سن البلوغ حتى سن ما قبل ثلاثين سنة،و يظهر ككتلة صلبة وواضحة الحدود،وهنا يكون العلاج جراحي إذا كان السلوك البيولوجي حميدا (**حرز الله م.، 1999، ص156**).

الكيس المائي (**Le kyst du sein**):

هو ورم حميد يأتي في شكل كيس ممتلئ سائل نتيجة تقطع أو توسع القناة اللبنية ،يظهر في السن ما بين (40و50)سنة كما يرتبط وجوده بنقص في إفراز هرمون البروجسترون ، ويكون العلاج هنا مرتبط بحجم الكيس ،فإذا كان الكيس صغيرا،فإن مراقبته تكون كافية .أما إذا كان الكيس كبيرا ومؤلم ،فإنه من الضروري تفريغه من محتوياته بتدخل جراحي بسيط (**R Hadjam.،1991، ص 92**).

3-2- الأورام الخبيثة :

وهي أورام غير مسالمة ،تنمو بإيقاع سريع باستطاعته أن يقضي على صاحبه في شهور قليلة ،وفي الواقع أنه لا يظهر فجأة وإنما يبدأ مسيرته عدة أعوام قبل أن يفصح به .والمدة الزمنية بين كشف الورم وإنذار المريض غالبا ما تكون بلغة الشهور ،غير أنه يمكن أن يعيش المريض لأعوام ،وهي حالات يكون إيقاع نمو الورم أقل حدة (**أبو غرارة ف-ع.،1990، ص 35**).

تنقسم الأورام الخبيثة إلى:

- **سرطانات نسيجية آخذة للحليب :**

يظهر هذا النوع من الأورام السرطانية،على مستوى الخلايا النسيجية الناقلة للحليب وتنقسم بدورها إلى ما يلي:

- **ورم حلمي خبيث :** يلاحظ في التشخيص الإكلينيكي على شكل انكماش في حلمة الثدي ،وهو ورم غدي يتمركز في الخلايا المفرزة للحليب ،وهو ورم صغير يتطور ببطء ويكون الجلد على مستوى الحلمة منكمشا في ربع الحالات.أما مجهريا فيظهر متطورا في المناطق الخاصة بالخلايا النسيجية المفرزة للحليب،ويتجمع في منطقة تحتوي على الكثير من الأوعية الدموية ، ويتراوح المتوسط العمري للإصابة بهذا النوع من الأورام الخبيثة،50سنة وهو يمثل 2% من سرطانات الحلمة (**all et Bureau.،2002، ص 87**).

ورم داخلي في القنوات المفرزة للحليب :

هو سرطان نسيجي داخلي يظهر على مستوى القنوات المفرزة للحليب ،يظهر ما بين (25-57 سنة) ويأتي على شكل حبيبات صغيرة في الثدي بنسبة42%وبصفة نادرة في الحلمة بنسبة 25% (**G Chomette**.،**1982**، ص **221**).

– الخلايا المتسربة:

– ورم حلمي متسرب :

هو ورم داخلي في القنوات المنتجة للحليب ،ويأتي على شكل عقد كبيرة الحجم ،متباعدة عن بعضها البعض ،ويتوسع في القنوات المنتجة والخلايا اللمفاوية القريبة من القنوات المنتجة ،والعقد تمثل10% النسيج الورمي ،يظهر هذا الورم في السابعة وخمسين (57)سنة ويمثل 70-80% من السرطانات التسربية (**A Trojané**.، **1998**، ص **354**).

– مرض باجي في الحلمة :

هو ورم منتشر على مستوى حلمة الثدي وبالتحديد في طرف الثدي ،وقد اكتشف لأول مرة على يد نيلاتون(Nilaton) سنة (1957) وباجي (pajet) سنة 1974 ويتصف بإكزيماتحيط بطرف الثدي، وانكماش كامل للحلمة ،ويمثل 1% إلى4%من مجموع سرطانات الثدي ،ويقدر المتوسط العمري له بخمسة وأربعين (45)سنة (**G Chomette**.،**1982**، ص **222–221**).

ويلاحظ من خلال الاختبار النسيجي خلايا مختلفة عن بقية الخلايا،يحيط بالجزء القاعدي لسطح الجلد على شكل خلايا كبيرة ،ويمكن التنبؤ بهذا المرض بنسبة 80% عند مرور5 سنوات من الإصابة ،وإذا كانت الإصابة جديدة تكون نسبة التنبؤ43% والتنبؤ يكون جيدا عند المرأة ما قبل سن اليأس (**A Trojané**.، **1998**، ص **354**)

– ورم خبيث أنبوبي الشكل :

هو ورم يمكن الإصابة به من سن 25إلى44 سنة،ويظهر في غالب الأحيان على شكل حبيبات سطحية ،والفحص الخلوي لهذا الورم صعب ،أما الفحص النسيجي للخلايا فأظهر أن حجمها يتراوح ما بين5 إلى3 سم وهو غير محدود في التوسع والانتشار وهي متماسكة وصلبة ،و29 امرأة من أصل 33تعيش خمس سنوات وأكثر أي بمعدل 86% (**G. Chomette**،1982، ص 222).

– ورم نخاعي :

يمثل 54% من مجموع سرطانات الثدي ،والمعدل العمري هو49 سنة،وتصاب به النساء من سن 22 إلى 70 سنة، ويظهر إكلينيكيا على شكل حبيبات مرنة محدودة ، أما مجهريا فيظهر على شكل أكياس مرنة على السطح . أما لونا فهو رمادي ،وعند النظر إلى الأعلى نجدها على شكل سلاسل دائرية أفقية وهو غير ملتهب أو مقيح، إلا أنه توجد نسبة 40% من هذا النوع من الأورام تتطور إلى التهابات حادة في العقد اللمفاوية ،وتكون ميتاستازية (**A Trojané**، 1998، ص 354) .

– ورم شبه عزوي:

هو نادر الحدوث يمثل2% من مجموع سرطانات الثدي،المتوسط العمري للإصابة هو 50سنة ،تصاب به المرأة ما بين40) إلى 70 سنة .عند الفحص الإكلينيكي تظهر حبيبات صلبة متماسكة فيما بينها وتكون ميتاستازية ،ويتمركز تحت الإبط حوالي خمس الحالات، اما عند الفحص عن طريق المجهر تظهر الخلايا محدودة رطبة ، كما ان معدل العيش يتراوح بين 50 و80% لمدة 5 سنوات بعد العلاج (**C Mathelin**.،2001، ص 139).

– ورم نسيجي للقناة المفرزة : ينقسم هذا النوع من الأورام إلى:

– ورم نسيجي للقناة المفرزة :يمثل 2.5%من مجموع سرطانات الثدي حسب تصنيف غوردانوا وهو نادر الحدوث ،والمعدل العمري للإصابة هو46 سنة، ويكون سطحيا وفي نفس الوقت عميقا ،ويعتبر غير نمطي لاحتوائه على أكياس كبيرة عند التشخيص الإكلينيكي.

وتعتبر الأشعة وسيلة جيدة لتشخيصه وهو مرتبط بسرطان مترسب نصف جانبي من0.2% إلى 4%من الحالات ،أما فحصه المجهري وتشخيصه فيعتبر مستحيلا ويظهر عند 90%من النساء قبل سن اليأس (C. Mathlin، 2001، ص 140).

ورم نسيجي غير مميز:

ويمثل 65%من حالات الإصابة ،ويكون ورم جانبي بنسبة 9 % من الحالات ويكون مرتبط بخلايا ليفية، لكن ذات كيس وهذا بنسبة 75% ويظهر من خلال المجهر على شكل ورم صغير يرتكز على العضو او المنطقة التشريحية للعضو أو يحيط بجوار العضو ،وهو ملتهب الألياف وفي غالبية الأحيان يكون غير محدد لا يمكن رؤيته أو تحديده (p. Demoit، 1989، ص 12).

4– أعراض سرطان الثدي:

هناك نوعين من أعراض سرطان الثدي منها النفسية و الجسدية :

4–1– الأعراض النفسية :

تصاحب مرضى السرطان بعض الاضطرابات الانفعالية ،لموقف خطير يبدأ بضغط التشخيص وأول علاج،وقد بينت دراسة دروقاتس(Derogatis)و وزملائه أن47% من المصابين بالسرطان يظهرون اضطرابات نفسية حسب معايير الدليل التشخيصي الثالث ،كما أن التشخيصات المتواترة لها علاقة بالاكتئاب و القلق بحيث يمثلون عند 85% من المصابين بالسرطان ولكن بشدة مختلفة ،ويمكن جمع المظاهر النفسية المرضية فيما يلي :

– **الخوف من الموت :** يستثار عن طريق كلمة سرطان التي تبعث إلى المريض أنه ذو قابلية مرتفعة للموت.

– **الخوف من الألم** : هذا الخوف معزز بالتكفل الناقص مقارنة بالألم الناتج عن الإصابة.

– **الخوف من التشوه** : يظهر هذا الخوف خصوصا عندما تكون هناك برمجة لعملية جراحية ،التي يكون العضو موضوعا لها.

– **اضطراب الدور الاجتماعي** : في بداية المرض يرى المرضى بأن من نتائج السرطان التي تثير القلق كثيرا هي فقدان الاستقلالية و فقدان التأثير في ذواتهم والمحيط الاجتماعي ، فمن الصحيح أن السرطان يجر إلى قطيعة في الوضعية الاجتماعية ،وفي كثير من الحالات إلى مشاكل مادية ،مثل التوقف عن العمل، فقدان الدور العائلي الذي يؤدي بالمريض إلى الشعور بعدم الجدوى.

- **شعور عام بالحصر**: هذا الإحساس العام بالضيق ، كثيرا ما يعود إلى صعوبات إيجاد معلومات تسمح للمريض بفهم مرضه ،هذه المعلومات التي ستضع قاعدة لتفسير صعوبات الحياة التي يعيشها ،أي أن السرطان هو عقاب لخطيئة ما قد ارتكبها المريض(**L Hacpille**.،**1999**، ص **18**).

– **فقدان الاهتمام** : حيث يفقد الاهتمام بالمحيط والذات وكل ما كان مصدر لذة قبل المرض ،وما كان يمثل انشغالاته المعتادة ،حيث يظهر المريض لامبالاة اتجاه الآخرين حتى أفراد أسرته المقربين ،فلا شيء يهمه إلا مرضه (**L. Hacpille**،**1999**، ص **18–19**).

2–4– الأعراض الجسدية:

تتغير أعراض سرطان الثدي الجسدية حسب مرحلة تطور الإصابة وهي كالآتي:

–أعراض المرحلة الأولى "الإنذار":

تعتبر أعراض الإنذار بمثابة عنصر مفيد في عملية التشخيص الأولى للإصابة السرطانية ،كذلك هو الحال بالنسبة للإصابة بسرطان الثدي ،حيث توجد عدة إشارات تخص هذه الأخيرة ،ويمكن حصرها فيما يلي :

- تورم كبير وتقرح الثدي – تشوه في شكل الثدي – نزيف لحلمة الثدي في شكل سائل شفاف أو ملون أو دم – تقلص في حجم حلمة الثدي.

ظهور انتفاخ على مستوى الثدي – ظهور عدم تماثل في الشكل بين الثديين الأيمن والأيسر

(**F -N Benzidine** .،**2004**، ص **138**) .

ولكن هذه الأعراض لا تظهر في جميع الحالات، مما يصعب في عملية التشخيص - **أعراض المرحلة الثانية "العلاج"**:

تظهر في هذه المرحلة أعراض تكون راجعة إما لتوسع الورم و تطوره في حالة إذا لم تكشف الإصابة، أو لأثر العلاج الذي يتعرض له، وهي كالآتي:

– **نقص الحركية** : يتمثل في انخفاض في مختلف النشاطات وتباطؤ الوظائف العقلية والجنسية والمناعية وذلك بسبب اختلال الحالة العامة للمريض، و يرجع ذلك إلى تطور الورم أو نتيجة العلاج

(**Lagarde** .،**1984**، ص **241**).

الهزال: عدم قدرة المصاب على الابتلاع أو البلع مع عسر في الهضم مع فقدان الشهية ،وهو علامة واضحة لدرجة تطور المرض.

– **الغثيان والقيء** : يظهر هذان العرضان غالبا بعد العلاج الكيميائي والإشعاعي وكثيرا ما يشتكي المصابون من الانزعاج وعدم الراحة الذي يتسببان فيه .

الألم : يظهر الألم عند غالبية المصابين في هذه المرحلة وتتحدد طبيعته تبعا لثلاثة أنماط سببية هي:ارتفاع الحجم الورمي ، توسع الورم، العلاج الكيميائي والإشعاعي اللذان يؤديان إلى ألام حادة سبب شدا وتزامنها . (**الدجاني س.، 1989 ، ص 83**).

– أعراض المرحلة ما قبل النهائية و النهائية:

يظهر في هذه المرحلة تدهور عام في الحالة الصحية و الوظائف العامة إضافة إلى فقدان كبير في الوزن نظرا لتوسع الورم وتغذية على حساب النسيج الأصلي للأعضاء المصابة وحصول انتقالات سرطانية للعظام أو أعضاء أخرى كالكبد، الرئتين.....الخ ، كما يعاني المصابون من ألام حادة تفوق عتبة التحمل حيث يلجا الأطباء لإخضاع المصابين إلى أدوية مسكنة عالية المفعول مثل المورفين (**R. Gueruin.1990، ص 42**).

5 – أسباب الإصابة بسرطان الثدي:

لقد تعددت العوامل والأسباب المؤدية إلى ظهور السرطان ولعل من أهمها:

5–1– الأسباب النفسية:

– العلاقات العائلية السيئة: إن الفقدان المفاجئ للعلاقة الحميمية والارتباط العاطفي،يجعل الشخصية أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي،لذلك نجد المطلقات والأرامل أكثر عرضة للإصابة من المتزوجات.

السخط النفسي: هو الغضب المكبوت خلال فترة زمنية طويلة، والذي يظهر للسطح على شكل ورم، ويكون أحيانا خبيث (**عبد الهادي ح.، 2003 ، ص 20**) .

5–2– الأسباب الوراثية:

الخطر يكون كبيرا في حالة سوابق سرطانية في الثدي عند الأقرباء من العائلة الأموية، حيث يقدر الخطر بحوالي (5, 2%)في حالة رابطة قرابة من الدرجة الأولى (أخت، أم، بنت) وحوالي(1,5%)في حالة قرابة من الدرجة

الثانية ،كما أظهرت دراسات أن احتمال الإصابة يرتفع مع عدد الحالات المحصاة في العائلة،وحتى أن هذه النقطة ما زالت في نقاش،وقد بينت البحوث في بيولوجيا الجزئيات ،التشوهات الجينية المصادفة في الأشكال العائلية لسرطان الثدي .

5-3- الأسباب الهرمونية:

إن بروز سرطان الثدي مرتبط بصفة وثيقة بالنشاط الهرموني للمرأة ،كالبلوغ المبكر،حمل أول متأخر ،سن اليأس المتأخر،كل هذه تعتبر عوامل خطر (**F. Feurlhade،1999، ص 15**).

5-4- عوامل متعددة:

التغذية البيئية: يلعب السلوك الغذائي دور هام في حياة الفرد الجسدية النفسية، وبصفة عامة الأكل غير اللازم مقارنة باحتياجات الفرد يزيد من احتمال الإصابة بالسرطان، خاصة سرطان الثدي.

كذلك الوجبات الغنية بالمواد الطبيعية وخاصة الكيماوية، تساعد على ظهور السرطان، ومن أهم هذه المواد : النتروجين- النتارات ونجدها متجمعة في بعض النباتات بعد نشر الأسمدة ، كما أن الفطريات المسممة قد تكون مسرطنة مثل (patutine/ Aflatoxine)وتظهر هذه الفطريات حسب شروط الزرع أوتخزين بعض المواد كالأرز،التفاح و الفول السوداني (**A. Demaille،1989 ص 77**).

وتوجد بعض الأغذية الواقية من حدوث سرطان الثدي كزيت الزيتون (**E Kabarot.،2002، ص 11**).

- الكحول: رغم أن الكحول ليست مادة مسرطنة لكن عند استهلاكه بكميات متفاوتة يحتمل ظهور السرطان، كما يعتبر تناول الكحول والتبغ معا عاملا يزيد من احتمال الإصابة بالسرطان "35" مرة عن احتمال إصابة فئة غير مستهلكة للتبغ و الكحول (**Tubiana-Mathieu .،2002، ص 63**).

– **تلوث الهواء** : تم اكتشاف الكثير من المواد الكيميائية في الهواء والتي قد تلعب دورا في إحداث السرطان عند الإنسان ومن أهمها (الزرنيخ، الحرير الصفراوي البنزان، البنزدين)

تؤثر هذه المواد الكيميائية على جسم الإنسان مما يزيد من خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان خاصة التي تمس الجهاز التنفسي،ورغم ضعف هذا الخطر أمام خطر العوامل الأخرى كالتدخين والتغذية إلا أنها تبقى تعمل بالتعاضد مع المسببات الأخرى (**A Demaille**.،**1989** ص **77**).

– **التعرض للإشعاعات**: تم تبيان أن التعرض للأشعة الأيونية له القدرة على إحداث سرطان الثدي، خاصة عند الجرعات الكبيرة ،والمتعرض إليها خلال فترة الطفولة ،ولعل أحسن مثال، تلك النساء الناجيات من القنبلة النووية (**E Furlhde**.،**1992** ص **16**).

5–5– تحول بعض أمراض الثدي إلى سرطان الثدي

تعتبر بعض الإصابات الحميدة للثدي عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي ،حيث يكون الخطر قليلا بالنسبة للإصابات الخاصة بالغشاء المخاطي (**R. Ghys**.،**1989**، ص **58**).

6 – أهم النظريات التي تناولت سرطان الثدي :

6–1– مدرسة باريس:

ترى هذه المدرسة التي تزعمها بيارمارتي(P.Maerty) أن السرطان من الأمراض النفس جسمية، وترى أن هذه الأمراض دائما تظهرمن خلال اختلال جسدي بسبب عجز في قدرة المريض على التعقل (Mentalisation) وتعني عجزه عن التوصل إلى تحرير مكبوتاته اللاواعية ،وتصريفها من خلال تعامل عقلاني مع الواقع .

وتشير إحدى الدراسات التي قدمتها هذه المدرسة أن 91.8 %من مريضات السرطان هن من المصابات بالعصاب الطبعي (Caractére de nevrose)

جراء الانخفاض في الاستعداد العقلي للتصدي للصدمات **والانفعالات** النفسية وتصريفها بالطرق النفسية يؤدي إلى تضخم أثره على الجسم **وإجبارها** على مواجهتها مما قد يسبب **الاضطراب للجسم** (**شاهين ر.، 1992 ، ص 41**) .

6-2- نظرية الأنماط السلوكية :

الكثير من الشهادات تصف شخصيات خاصة للأفراد الذين سيطورون أورام خبيثة أن الشخصية من نمط (c) **تمثل** عامل خطر في ظهور و تطور السرطانات وتتمثل ميزاتها الاساسية في:

كظم الإنفعالات –العجزواليأس- اللطف والهدوء-**التعاون -الثبات أمام المصائب** -احترام السلطة– **عدم إثبات** الذات والتعبير عن الإنفعالات (**Mailou – Shveitzer** .،**2002، ص 394**).

7- طرق تشخيص سرطان الثدي:

بعد الانتشار الواسع والملاحظ خلال السنوات الأخيرة لمرض السرطان، عرف الطب قفزة نوعية في مجال تطوير **وسائل تشخيص السرطانات** .

وكون أعراض السرطان خفية، وقد لا تظهر في بادئ الأمر بصفة مباشرة،إلا بعد مرحلة متقدمة من النمو والتطور مما يجعل التشخيص أمرا سهلا .

7-1- الفحص الذاتي:

تفحص المراة تدييها ذاتيا وهي بهذا يمكن ان تساهم بشكل كبير في اكتشاف **إصابات الثدي مبكرا، ويكون هذا** الفحص في كل شهر بعد الدورة الشهرية (في حال وجودها)،حيث تنظر المرأة إلى المرآة مبرزة الجزء العلوي من الجسم (**الصدر**)الذراعان إلى الأسفل ،ثم تقوم برفعهما وتبحث عن عدم تماثل بين الثديين مثلا ثدي أكبر من الآخر،وجود كتلة زائدة في أحدهما،احمرار أحد الثديين ،تدفق سائل شفاف ذي لون. **كذلك يمكن التحسس باللمس**(palper)**وذلك أثناء الاستحمام** ،أين يكون الصدر مغطى بالصابون،أو في وضعية النوم ،وذلك باستعمال الأصابع والضغط على الثدي في شكل حركات دائرية.

7-2- الفحص العيادي:

يقام على صدر المريضة في إنارة جيدة، وفي وضعية الجلوس،الذراعان للأسفل ثم ترفعهما،كما يشبه الفحص العيادي الفحص الذاتي في الحركات التي تقام ولكن الفحص العيادي يكون بوجود الفاحص ،وهو أحسن وأدق من الفحص الذاتي (**N. Belliveau،1986، ص 114**).

8- علاج سرطان الثدي:

في وقتنا هذا أصبحت الكثير من أمراض السرطان قابلة للشفاء ،خاصة سرطان الثدي ،فبفضل التقدم في طرق علاجه وتطوير معدات الجراحة و الأشعة اللتان هما الوسيلتان المعترف بهما في علاجه ،و استعمال الكيمياويات للحد من سرعة تقدم المرض وإطالة عمر المريض ،ولهذا فإنه من الأهمية الكشف المبكر عن المرض لكي لا يتعذر علاجه.

وهناك نوعين من العلاج الطبي وهما مكملان لبعضهما.

8-1- العلاج الطبي:

الجراحة: تتمثل الجراحة إجمالا في استئصال الورم جراحيا،فقديما كان الاستئصال يتضمن الورم وكل المنطقة المحاورة له،لكن وكما هو الحال بالنسبة لسرطان الثدي، قد لا يستلزم الأمر نزع العضو كله ،فبتقدم التكنولوجيا والتقنيات العلاجية الجراحية والأدوية كالمضادات الحيوية القوية أصبح من الممكن التركيز فقط على المرض (**روتزال س.،2001، ص 178**).

– العلاج بالأشعة:

قد يكون قبل أو بعد الجراحة ،وهي تتمثل في تعريض المريضة لأشعة التيستكسر السلسلة المكونة للأحماض الفوسفورية (BRINS ADN) لأنوية الخلايا السرطانية،وبالتالي منع تكاثرها،والهدف هو منع المعاودة في الثدي الذي تعرض للإصابة (**D pierrot**.،**2001**، ص **257**).

ويمس العلاج المساحات التي تتواجد فيها العقد اللمفاوية و المساحات الثديية في حالة الإثباتات ،ويتم العلاج بواسطة الأشعة الأيونية والإلكترومغناطيسية ،التي تقوم بتخريب الانسجة ،غير ان تاثر الاورام بهذه الاشعة يكون مختلفا وليس أكيدا فالمعالجة الإشعاعية تجري على فترة طويلة وليس لمرة واحدة فقط (**روتزال س** .،**2001**، ص **178**).

– العلاج الكيميائي:

العلاج الكيميائي قد يستعمل قبل وبعد الجراحة ،وهو يستخدم لإزالة كل الخلايا السرطانية التي لا تزول بالجراحة حيث أن هناك بقايا صغيرة مجهرية من الخلايا الخبيثة تعرف ب (Micro métastases)التي نجدها بعد العلاج بالجراحة أو الأشعة.

يقلل العلاج ما قبل الجراحة من حجم الورم، ويقضي على الخلايا الصغيرة في الأورام الشرسة ،ويتبع إذا كان ممكن بالجراحة والعلاج بالأشعة ،ويستعمل إذا كان حجم الورم أكبر أو يساوي (3سم) ثم مع وجود الأورام الملتهبة.

أما فيما يتعلق بالعلاج الكيميائي بعد الجراحة، فإنه يطبق في الشهر الذي يلي الجراحة مع العلاج بالأشعة،و يستعمل في ستة حصص تفصل بينها فترة راحة تقدر بثلاث أسابيع، ويستعمل في هذه الحالة عند غزو العقد الإبطية وحجم الورم يكون أكبر من(3سم)، والمستقبلات الهرمونية تكون سلبية ،مع الأخذ بعين **الاعتبار كل حالة على حدى** (**حنفي ع– م**.،**1994**، ص**127**) .

ويسبق العلاج الكيميائي تقرير طبي لتحاليل الدم ،ويكون مدقق على الحالة العامة للدم . الحالة الوعائية . الحالة القلبية . الحالة الرئوية والكلوية .

و لكن للعلاج الكيميائي أعراض جانبية مزعجة ومتعبة ،خاصة إذا لم تكن المرأة المصابة تتمتع بالقدرة البدنية التي تمكنها من تحمل العلاج .

وتتمثل هذه الأعراض في :القيء ،تساقط الشعر ،آلام حادة ،ضعف الوظيفة الجنسية أعراض نفسية أخرى، لكن هذه الاعراض اصبح ممكن التحكم بها بفضل تطور الابحاث الطبية والصيدلانية (**الجمعية الوطنية ضد السرطان .،2003، ص 19).**

– العلاج الهرموني:

يلجأ هذا العلاج لاستعمال هرمونات ، للتأثير في أيض الخلايا السرطانية الخاصة ،عن طريق مستقبلات هرمونية حساسة لتلك الهرمونات.

يستعمل دواء تاموكسيفان الذي يتمثل دوره في خفض عملية إفراز الأستروجين ،ويعمل على مستوى المبيضين ،والغدد الكلوية ،والغدد النخامية ،وذلك حسب ثلاثة طرق :

– علاج هرموني إخراجي :

يعمل على خفض الأستروجين،والإلغاء النهائي أو نقل الإنتاج الهرموني للغدد.

– علاج هرموني إضافي :

يتمثل دوره في إضافته للعضوية هرمونا ينتجه الجسم من قبل ،وهو البروجسترون ، وتكون الجرعة تحت المراقبة الطبية ،ويمكن وصفه كدواء.

– العلاج الهرموني المنافس :

يتمثل في استخدام مضادات الأستروجين (**A Bendib.، 1999، ص 328).**

8-2- العلاج النفسي:

قبل القيام بالعلاج النفسي للمصابة ، يجب أولا معرفة الطريقة المناسبة لتبليغ المريضة بإصابتها بالسرطان.

- تبليغ المريضة بحقيقة مرضها :

مرحلة التبليغ او الإعلان مهمة جدا ،لانها ستحدد ما سياتي فيما بعد (المسار العلاجي) ، وهناك نمطين اتصاليين متضادين فيما يخص فعل إعلام المريض بالتشخيص، هذان النموذجيين النظريين هما Cure (أي الأسلوب المنهجي العقلاني ،المهيكل البراغماتي الأقل شخصنة) وCare (أي الأسلوب الحدسي الحماسي ،الأقل تنظيما). لكنه يجب القول بأنه لا وجود لصفة معينة ،بل ما على الطبيب إلا التوافق بأقصى قدر ممكن مع احتياجات المريض.كما يمكن ذكر بعض النقاط التي من شانها مساعدة الطبيب على القيام بهذه المهمة الصعبة:

- تحضير الإطار أي الشروط المادية للمقابلة.
- تكييف اللغة على حسب المريض.
- تقديم المعلومات الطبية عبر مراحل ،وذلك بتجنب الغمر الكلي الذي يثبط القدرة على الفهم .
- دعوى المريض إلى طرح الأسئلة .
- عدم الدخول في مواساة مبكرة أو طمأنة غير ملائمة .

إن فهم ما يجري للمريضة ،يسمح بتقبل أحسن للاقتراحات العلاجية ،حيث تم إدراك ذلك (**D Sylvie.،2004، ص 91**).

أما فيما يخص المعالجة النفسية للمصابة بسرطان الثدي،فمن المهم جدا أن نعلم أن التدخل النفسي ،يسعى بصفة عامة إلى مساعدة المريض على تقبل المرض والتكيف مع المتطلبات المعاشة الجديدة، وخلق سند في تسيير المرض (**النابلسي م- أ.،1993، ص 60**).

ومن بين التقنيات العلاجية المستعملة في المجال سنتطرق إلى التقنية التالية:

8-3- العلاج بالحركة الموجهة بالتحليل النفسي :

وهي طريقة المحاورات الجسمية، إذ هي طريقة علاجية حركية مختلطة ،يشترك فيها المعالج مع المشاركين في تمارين فيزيائية علاجية مختلفة .

إن طريقة المحاورات الجسمية ممكنة التطبيق كعلاج نفساني وقائي أو تدخلي أو تأهيلي غير كلامي في جماعات صغيرة من المشاركين من مرضى السرطان وهناك أعراض تستدعي العلاج بالمحاورات الجسمية منها :

الايار ، القلق ،الغضب ،الخوف من الموت ، التصور الذاتي المضطرب للجسم الألم ، انخفاض في اختبار الواقع ، فقدان الثقة بالنفس ، فشل الاتصال الشخصي إعاقة في التعبير الشفوي، صعوبة في التعبير عن العواطف ، مشاكل محددة في الحركة . وهناك مميزات لتقنية المحاورات الجسمية تتمثل في كون عدد المشاركين من(6 إلى 8)أشخاص ومدة الدرس الواحدة (50) دقيقة ،ويجب أن تسبق بمحادثة قصيرة قبل التمرين و بعده .

وتتمثل أهداف هذه التقنية في تشجيع المريضة على التعاون في علاجها الطبي المعقد ، وإعطائها فرصة للتخلص من الأفكار الايارية المتقدمة في داخلها وخاصة الغضب و العدوانية مما سيسهل استعادة التفكير الايجابي .

تحصل المحاورات بين الأجسام خلال هذه العملية حسب آليات الدفاع البدائية المعتادة (انشطار ، تماه إسقاطي) بحيث يشعر المريض بأنه يرسل الأشياء الرديئة ويحاول إسقاط هذه المشاعر على المعالج الذي يمكنه أن يصبح الحاوية لهذه الإسقاطات الرديئة .

وعندما يستعيد المريض وظائفه التي كانت مضطربة يتطور عنده شعور بالولاء للمعالج ،وبالتالي هذا النوع من العلاج يمكن حتى أن ينشئ العلاج النفسي الكلامي (**النابلسي م- أ.،1993، ص 60**).

خلاصة :

لقد اتضح من خلال عرضنا لعناصر هذا الفصل أن سرطان الثدي من أكثر أنواع السرطانات التي تصيب خاصة النساء وهو ورم يصيب الأقنية اللبنية وقلما يصيب العضو.

وتعتبر دراسة جاكلينلا نوزيار حول الاستجابة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي وكذا دراسة كاميرون حول دور المرأة المثقفة لإصابتها من بين أهم الدراسات المتعلقة بسرطان الثدي ،كما تناولنا في هذا الفصل أنواع أورام الثدي الخبيثة والحميدة ، وكذا أعراضه النفسية والجسدية ، ومن ثم تطرقنا إلى أسبابه النفسية ، الوراثية و الهرمونية بالإضافة إلى أهم النظريات التي تناولت سرطان الثدي هي نظرية الأنماط السلوكية ،مدرسة باريس ،بعدها ذكرنا طرق تشخيصه المتمثلة في الفحص الذاتي والفحص العيادي ،وأخيرا ختمنا هذا الفصل بالعلاج الطبي والنفسي لسرطان الثدي.

تمهيد:

يعتبر تقدير الذات من الأبعاد المهمة لمفهوم الذات ،الذي يعد بدوه متغير أساسي في فهم الشخصية الإنسانية ودراسة سلوك الفرد ،حيث أنه يمثل البوابة لكل أنواع النجاح المنشودة

فإذا كان تقدير الفرد لذاته وتقييمه لها ضعيفا فلن يفلح في الأخذ بطرق النجاح لأنه يرى نفسه غير قادر وغير أهل لذلك ،لذلك حضي باهتمام العديد من الباحثين و الدارسين للشخصية ،وفي فصلنا هذا قبل التطرق لتقدير الذات سنتناول مفهوم الذات وأهم النظريات التي تطرقت إليه وكذا مراحل تكوين الذات ومستوياتها وابعادها اما فيما يخص تقدير الذات

فسنعرف تقدير الذات ونذكر مستوياتها والعوامل المؤثرة فيها بالإضافة إلى قياس الذات .

أولا:مفهوم الذات:

1- تعريف الذات:

العديد من الباحثين تقديم تعريف خاص بمفهوم الذات لكن لغموضه اختلفت وتعددت هذه التعريفات.

فحسب أدلر فهي:"تنظيم يحدد للفرد شخصيته، وهذا التنظيم يفسر خبرات الكائن **العضوي ويعطيها معناها،وتسعى الذات** في سبيل الخبرات التي تكفل أسلوبه المتميز في الحياة ,وإن لم توجد تلك الخبرات فإنها تعمل على خلقها وهي تسمى بالذات **المبتكرة**,و التي تعد حجر الزاوية في بناء و تنظيم الشخصية,وهي تشغل مكانا متوسطا بين المثيرات التي يتعرض لها الفرد **والاستجابات** التي تصدر عنه بالنسبة لهذه المثيرات ,وهي تتكون من صفات وقدرات موروثة بالإضافة إلى انطباعات بيئية مدركة "

من خلال هذا التعريف نلاحظ أن أدلر قد ركز كثيرا في تقسيمه **للذات على الذات المبتكرة وجعلها أساس بناء وتنظيم الشخصية,فالفرد أثناء تفاعله مع** المواقف التي تواجهه في الحياة يبحث دوما عن الحل المناسب , **الذي يضمن له التوافق النفسي و الاجتماعي والتميز والتفرد عن الآخرين,فإن كان الموقف الجديد قد مر عليه** سابقا أو يشبهه في بعض المعطيات,**وكان قد وجد له استجابة ملائمة حققت له ذلك التوافق,عمم تلك الاستجابة على المواقف المشابهة,أما** إذا لم تكن الاستجابة تتماشى مع **الموقف الجديد فإنه يبحث عن استجابة أخرى انطلاقا من قدراته** ومواهبه وما تعلمه في حياته ولكل أسلوبه الخاص في التعامل مع **المواقف اليومية.**

أما عند ويليام جيمس (W .James)**وهو من أوائل العلماء الذين** اهتموا بالبحث في الذات عرفها على انها:" **المجموع الكلي لكل ما يستطيع الإنسان أن يدعي أنه له** , جسده,سماته,**قدراته,ممتلكاته,أسرته,أصدقائه,أعماله** ,مهنته و هواياته والكثير غير ذلك" (**دو يدار ع.، 1992، ص31**)

أي أنا تحصيل حاصل لكل ما يمكن أن ينسبه الفرد لنفسه(كل ما يعتبره ملكه الخاص),وبالتالي فهي تتألف من ذات مادية المتمثلة في أمواله و مهنته,**وذات اجتماعية وهي نظرة الآخرين له** ,و الصورة التي **يكونوا عنه**,و التي لها دور وتأثير كبيرين في نوعية الصورة التي يكونها هو عن نفسه،بالإضافة إلى ذات روحية و داخلية والتي يقصد بهما قدراته و ميولاته واتجاهاته وإحساسه بالتفرد **و التميز** أي الهوية الشخصية،وهذه هي التقسيمات التي قدمها جيمس للذات كما أشارت **روث ويلي** إلى أن مصطلح مفهوم **الذات يقصد به**"فكرة المرء عن نفسه ويتضمن ذلك اتجاهات الفرد نحو ذاته"

في **حين ذهب ماكوبي** (MACCOBY)في تعريف تقدير الذات على انه الطريقة او الوسيلة التي يكون بها تلك الفكرة عن نفسه.

وقد أكد كوبر سميث (Cooper Smith)"على أهمية التمييز بين نوعين مختلفين للذات .المعنى الأول الذات مثير فعال للسلوك وهو يشير إلى **العمليات العديدة** التي تؤلف شخصية الفرد،أما المعنى الثاني هو الذات كموضوع وهو يشير إلى مفاهيم الشخص واتجاهاته نحو نفسه أي إلى مفهومه عن ذاته" (**دو يدار ع.، 1992، ص32**).

فحسب كوبر سميث هناك معنيين مختلفين على الأقل للذات،وكل منها يتأثر **بالبيئة** الخارجية المحيطية بالفرد فالمعنى الأول هو مجموع العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق،أما الثاني فهو اتجاه لشخص وإدراكه وتقييمه لنفسه.

ويرى محمد عماد الدين إسماعيل أن مفهوم الذات هو "الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره كائنا بيولوجيا اجتماعيا وهو التنظيم الإدراكي الانفعالي الذي يتضمن استجابات الفرد نحو نفسه ككل،كما يظهر ذلك في التقدير اللفظي الذي **يحمل صفة** من صفات ضمير المتكلم " (**حامد منسي م–ع.، 1986 ص10**) .

فحسب هذا الباحث إن مفهوم الذات ينمو من خلال احتكاك الفرد بالبيئة و المحيط، أي من خلال علاقته بالعالم الخارجي خاصة المجتمع الذي يتكون من افراد اخرين يتاثر بهم ويؤثر فيهم باعتبار عضو في هذه الجماعة.

عرف سيد خير الله مفهوم الذات على أنه :"تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره و خليفته و أصوله **وكذلك قدراته ووسائله واتجاهاته** وشعوره حتى يبلغ كل ذلك ذروته،حيث تصبح قوة موجهة لسلوكه" (**سيد ع – م.، 1981 ص18**).

ركز سيد خير الله في تعريفه لمفهوم الذات على ذلك التقويم أو الحكم الذي يصدره الفرد عن ذاته سواء من ناحية إدراكه لصورته الجسمية أو لقيمته ومكانته و دوره **وكفاءته وقدراته على توجيه سلوكه و ذلك التقويم صادر من الشخص نفسه أي مفهوم شخصي خاص بالفرد و** بالتالي ليس للبيئة الاجتماعية أو المحيط دور وتأثير كبير في تكوين ذلك التقويم.

أما فيما يخص **عبد المنعم الحضني** فقد خالف الباحث السابق،واعتبر ذلك التقويم مرده **الاحتكاك بالبيئة و المحيط الاجتماعي خاصة بالأفراد الذين هم مقربين من نفسية الفرد وذو** أهمية انفعالية في حياته،لذلك عرفه على أنه **تقدير الفرد لقيمته** كشخص و يحدد إنجاز المرء الفعلي و يظهر جزئيا من خبرات الفرد بالواقع و احتكاكه به،و يتأثر تأثيرا كبيرا بالأحكام التي يتلقاها من الأشخاص ذوي الأهمية الانفعالية في حياته"

ويرى محمود عبد الحليم حامد منسي أن مفهوم الذات هو "درجة فهم الفرد لنفسه من خلال إطاره المرجعي و يستدل عليه بإدراك الفرد لذاته،كما يعبر عنه من خلال الاستجابة لبعض المواقف" (**حامد منسي م-ع.، 1986، ص10**) .

وهذا يعني ا ن يرتبط مفهوم الذات بإدراك الفرد لذاته من الناحية الجسمية و الأسرية والخلقية والشخصية والاجتماعية

من خلال هذا العرض لبعض تعريفات الذات نلاحظ أن هناك اختلاف في الآراء ووجهات النظر،ويكشف هذا عن صعوبة إيجاد تعريف شامل وواحد للذات ،و بالتالي فهي تشمل تلك التنظيمات والإدراكات الخاصة بالفرد حول مفهومه عن نفسه وتقييمه لها في مختلف مواقف الحياة وهي تنمو بفضل القدرات والإمكانيات الخاصة به من جهة واحتكاكه وتأثيره بالمحيط والبيئة الاجتماعية من جهة أخرى ولهذا المفهوم دور وتأثير على حاضر ومستقبل الفرد.

2-التناولات النظرية لمفهوم الذات :

إن الاهتمام بالذات ليس ظاهرة حديثة فهي مفهوم ذو جذور تاريخية قديمة ففي القرآن الكريم نجد تقسيمات للنفس البشرية و هي النفس الملهمة،اللوامة،البصيرة،المطمئنة والأمارة بالسوء،ومنذ عشرة قرون **ابن سينا**(980-1037)مفهوم الذات على أنه "الصورة المعرفية للنفس البشرية"،وقد ناقش الفيلسوف الفرنسي ديكارت لأول مرة الذ ك ع لى لله لس أا جوهر مفكر،و قد شهد هذا المفهوم عدة معاني منها الروح أو النفس الذات والأنا، واختلف الباحثون في التمييز بين هذه المصطلحات و ذلك حسب اخ تلاف توجهاتهم النظرية.

وسنتناول أهم النظريات التي تطرقت إلى هذا المفهوم والمتمثلة في نظرية التحليل النفسي،النظرية الظواهرية،النظرية السلوكية،وأخيرا النظرية المعرفية

2-1- نظرية التحليل النفسي:

من أهم روادها فرويد س. (**S.Freud**) 1856الذي افترض أن الشخصية تتكون من ثلاث بنيات رئيسية،لكل واحدة منها مكوناتها خصائصها و وظائفها و المبدا الذي تعمل وفقا عليه،ومع ذلك فإنها على اتصال وثيق وتفاعل مستمر و يعتبر سلوك الفرد محصلة التفاعل والصراع فيما بينهما،وهذه البنيات هي الهو،الأنا، الأعلى, و قد ركز أساسا على اللاشعور ودور الهو في التأثير على الشخصية،كما يرى أن الإنسان مسير وفق غريزتين هما:غريزة الجنس وغريزة العدوان (**حامد منسي م-ع.، 1986، ص27**) .

2-2- النظرية الظواهرية:

تعد من أهم النظريات التي استطاعت أن تثري مجال مفهوم الذات وتعرف في بعض الأحيان بالتناول الإنساني **أو الإدراكي، قدمها كارل ر.** (**Carl R**) 1902**و هو من أهم روادها يعتقد أن لكل فرد حقيقته الذاتية و صورته و مفهومه المتميز عن** ذاته كما خبرها **هو و أدركها، وإن هذا المفهوم** هو العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية،وقد أسمى طريقته في العلاج **المتمركز حول العميل** (**حامد منسي م-ع.، 1986، ص54**) .

2-3-

النظرية السلوكية:

فسرت هذه النظرية السلوكيات النابغة من الفرد على انها **سلسلة لردود أفعال** ترتبط بعضها ببعض فالمثير يؤدي إلى استجابة التي تصبح بدورها مثير لاستجابة لاحقة مع الإشارة إلى أن التعلم و التكيف هما الآليتان أو الميكانيزمان الأساسيان للنشاط النفسي،ومن المؤسسي الأوائل لهذه **النظرية واطسون.ج**1878 في العشرينات،أما من روادها **المعاصرين نجد بان دور.ا الذي** تحدث عن فعالية الذات ويقصد بها اقتناع الفرد بقدرته على القيام بالفعل المناسب في موقف،وقد ركز على دور الوسط الاجتماعي في بلورة السلوك الذي يعد نتاج لعملية التأثير المتبادلة بين السلوك و الشروط التي تحدد وتراقب هذا الأخير،بحيث **تحدث عملية التفاعل بين الطرفين (السلوك-المحيط)**وعليه فإن ما يحدد شخصية أي فرد هي مجموعة من العوامل تتمثل في:**المنبه** الاجتماعي،التعزيزات الاجتماعية والشخصية بالإضافة إلى الخبرات الماضية أي التعلم الذي يحدث في مراحل سابقة و وفق هذا التصور فإن في استطاعة الفرد أن يتعلم أنماطا سلوكية محددة بملاحظة سلوك الآخرين **كما يمكنه أن يتعلم بالتجربة الخاصة المباشرة** (**العشوى م.، 1999، ص105**).

تتكون الذات حسب هذه النظرية عن طريق تأثير البيئة و المحيط بالإضافة إلى التعزيزات التي يتلقاها الفرد خلال عملية التعلم من غير ان تهمل العوامل الذاتية **المسئولة** عن المراقبة، و بالتالي هي تقترب من التناول الظاهري **الاجتماعي.**

2-4- النظرية المعرفية:

تعتبر من بين أحدث النظريات في علم النفس بصفة عامة،و **العلاج النفسي بصفة خاصة وموضوع دراستها هو الشعور أو الوعي** بالذات لذالك ركزت على المعرفية التي تحدد السلوك كالمعتقدات و الأفكار و التصورات التي يحملها الفرد عن ذاته **و صفاته** الجسمية وسماته الشخصية ونظرته للمستقبل و الحياة ، وتحدد استجابته لتلك المواقف،فالذات **حسب هذا المنظور عبارة عن موضوع** ،ومن مهامها معرفة كل ما يحيط بها من اجل التنبؤ لمعرفة الوقائع المستقبلية هذا لا يعني العلم بالغيب، إنما إعطاء معنى

للخبرات السابقة و الاستفادة منها، فحسب كيلي (Kelly):"إن حاجة الشخص هي التنبؤ ومراقبة الأحداث ووظيفة الذات و اللذات وضمان الإحساس بمراقبة الأفعال الشخصية " .

بمعنى اتجاه الفرد ومشاعره ومدركاته عن ذاته تساعده في التنبؤ و القدرة على فهم الأحداث والتكيف معها،وتلك السلسلة تساعد في نمو و تطور الذات، بينما اهتم بياجي(**Piaget**) **1965** "بدارسة مفهوم الذات انطلاقا من المبادئ العامة للنمو المعرفي ودرس خاصة أثر المرحلة الحسية الحركية في بناء الذات حيث يرى أن النمو السليم والعادي للطفل في هذه المرحلة يساعده أكثر و بطريقة سوية على تكوين مفهومه عن ذاته،وأن أي خلل في النمو في هذه المرحلة قد يكون السبب في تكوين مفهوم خاطئ عن الذات ناتج عن طريق اضطراب في النمو المعرفي " (**العبزوزي ر.، 2000، ص63**) .

حاولت النظريات المختلفة إعطاء مفهوم للذات،و تبيان العوامل المختلفة في تكوينها كل حسب تصوره،فمنهم من ركز على دور المحيط و البيئة في تكوين ذلك المفهوم،بينما اهتم البعض الآخر بالعوامل الطبيعية إلا أن هذا المفهوم لا يمكن أن ينمو نموا سليما إلا بتكامل هاذين العاملين،ورغم هذا الاختلاف الموجود فيما بينها (النظريات)غير انها تشترك جميعهما في اعتقادها باهمية هذا المفهوم في حياة الفرد و التأثير في سلوكه الاني والمستقبلي،وفيما يلي سنتناول المراحل التي يمر بها تكوين ذلك المفهوم.

3- مراحل تكوين مفهوم الذات:

بعد أن تعرفنا على مفهوم الذات والنظريات التي تتناوله يمكننا ان نستعرض فيما يلي المراحل التي يمر بها تكوين هذا المفهوم فالإنسان لا يكتسب مفهوما لذاته دفعة واحدة ولا ينطلق من العدم ،إنما يبني بصفة مدرجة انطلاقا من بعض المعطيات خلال المراحل التالية:

3-1- المرحلة الجسمية:

"أن الكائن العضوي الذي سيكون مفهوما عن ذاته يعاني منذ ولادته من حالات التوتر وعدم الاتزان،على أساس وجود مجموعة من الحاجات ولكي يعيش و تستمر حياته بيولوجيا لابد أن تتوفر له ظروف مثلى في البيئة التي يعيش فيها ليحافظ على توازنه،تلك التوترات و عدم الاتزان التي يمر بها الطفل تصبح جزءا من مجاله الإدراكي،وهذه هي اول مرحلة لإدراك التمايز بين الذات وغير الذات وتتوج هذه المرحلة عندما يصبح في مقدور الطفل التعرف على صورته الجسمية " (**عماد الدين إ-م.، 1982، ص135**).

فالذات موجودة منذ بداية حياة الفرد غير أنه لا يستطيع التمييز بينها وبين غيرها من الذوات،وتتكون عن طريق ظهور ما يسمى بالحاجات كالحاجات البيولوجية فإذا ما لبيت تلك الحاجات وأشبعت يؤدي إلى الشعور بالرضا والطمأنينة والاتزان والعكس صحيح،وبالتالي تصبح تلك الاحاسيس جزءا من المجال الإدراكي للطفل،بسمح الإدراك الأول له بالتمييز بين ذاته وغير ذاته بالتالي الخروج عن العلاقة الأحادية (أم،طفل)وأول علامات هذا التمييز تخص الصورة الجنسية بحيث يكون الفرد صورة عن الآخر بفضل غيابه ومن ثم يدرك أيضا ذاته لمستقبله.

3-2- المرحلة السلوكية البدائية:

بزيادة قدرة الطفل على الحركة والتحرك تبدأ تنمو لديه تنظيمات سلوكية اكثر تخصص بهدف إلى الحصول على إشباع و إزالة التوتر الناتج عن الجوع والعطش أو الإثارة الجنسية، وتثبت هذه التنظيمات البدائية للسلوك ما تدور في هذه المرحلة (**عماد الدين إ- م.، 1982، ص135**).

فبعدما يتمكن الطفل من تكوين صورة واضحة عن جسمه،و يميز بين ذاته وذات الآخرين ينمو ويدعم مفهومه عن ذاته عن طريق تذيب وتنظيم الاستجابات البدائية أو التخلي عن بعضها واستبدالها باستجابات أكثر ملائمة ومن هنا يتدخل دور المحيطين به خاصة الوالدين،لا تتحول بعد ذلك تلك الاستجابات عادات يمكن ملاحظتها من خلال سلوكيات الطفل .

3-3-المرحلة الاجتماعية:

تتضمن هذه المرحلة ثلاث عمليات أساسية هي:

- عملية التنشئة الاجتماعية:

" هدف عملية التنشئة الاجتماعية إلى إحلال عادات ودوافع جديدة محل عادات ودوافع أخرى كان الطفل قد كوا بطريقة أولية وتستخدم الثقافة في سبيل تحقيق هذا الهدف، وهناك أساليب مختلفة مثل الثواب والعقاب" (**عماد الدين إ - م.، 1982، ص137**)

فهذه المرحلة امتداد للمرحلة السابقة غير أن هناك عوامل تتدخل لترسيخ تلك العادات المنبثقة عن تقاليد و قيم وقوانين المجتمع كالتعزيزات الايجابية التي تهدف إلى تثبت السلوك الايجابي،وذلك عن طريق المدح أو الثواب أو غير ذلك من وسائل التدعيم،أو التعزيزات السلبية و هدفها إطفاء أو إلغاء السلوك غير المرغوب فيه كالتخويف،العقاب،وهكذا يكتسب الطفل سلوكيات تتماشى مع متطلبات المجتمع.

– قدرة الطفل على استخدام الرموز اللغوية:

تجعل هذه القدرة الإنسان يضع نفسه ذاتها كموضوع التفكير اي بجعله يقر **أو لا يقر** بذاته،ليس فقط بل يفكر أيضا باعتباره المصدر الذي يصدر عنه او المجال الذي تحدث فيه او التنظيم الموحد الذي يضم كل هذه العمليات (**عماد الدين إ– م.، 1982، ص144**).

يستطيع الطفل في هذه الفترة بسبب و تعدد التجارب التي يعيشها والأدوار التي يقوم بها من خلال **تفاعله مع المحيط أن** يستقل بذاته عن الآخرين ولو جزئيا،ويتضح ذلك جليا من خلال استعماله لضمائر الشخصية خاصة ضمير المتكلم أنا الذي يؤدي بدوره إلى تكوين فكرة خاصة عن ذاته و قدراته و إمكانياته و مواطن ضعفه **و قوته،وأنه هو مصدر الفعل، لذلك لا بد من تحمل المسؤولية** في أخذ القرارات حول المواقف التي تواجهه.

–عملية التعميم:

هي أساسية في تكوين مفهوم الذات، **يميل** الإنسان إلى تصنيف الأشياء المتناثرة الموجودة حتى يسهل عليه الاستجابة لها،و **يفعل الطفل ذلك قبل أن يتكلم اللغة،و ذلك عن طريق ملاحظة التشابه و الاختلاف بين الأشياء،وينمو مفهوم الذات من خلال تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة. فالفرد يواجه عدة مشاكل و مواقف تهدد توافقه النفسي و الاجتماعي،فيستعين من أجل** التأقلم مع تلك المواقف بخبراته الماضية،و يحاول الاستفادة منها لأقصى درجة ممكنة و ذلك ربحا للوقت و الجهد،مراعيا التشابه **و الاختلاف الموجود بين** المثيرات،إذ يمكن له تعميم استجابته السابقة على المواقف المتشابهة والعكس.**و يرتبط مفهوم الذات بنظرة و** تقييم الآخرين بمعنى أنه ينمو من خلال تفاعل الفرد مع **البيئة الاجتماعية،لذلك لا يقتصر** التقييم على الفرد في موقف معين **إنما نتيجة يمكن أن** تعم،بحيث تشمل الفرد ككل.

نستنتج من خلال المراحل التي تطرقنا إليها أن المرحلة الجسمية **تبين لنا بداية إدراك الطفل لذاته ،حيث يكون إدراكا مبكر** بشكل عام،في حين أن المرحلة السلوكية البدائية فهي مكملة للمرحلة التي سبقتها،حيث يستطيع الطفل فيها تنظيم سلوكه الذاتي خاصة تدخل الوالدين و معاملتهم له،ثم نجد أن المفاهيم البدائية تتطور بفضل عدة عوامل منها،العامل الثقافي بكل ما يحمله من عادات،أعراف،اتصالات واحتكاكات قائمة بين الطفل و أسرته سواء على المستوى البيئي الواسع،فمفهوم الذات هو محصلة تلك العوامل التي تتفاعل فيما بينها لتولد هذا المفهوم باختلاف نوعيته و تقديره و مستواه (**عماد الدين إ– م.، 1982، ص144**).

4- مستويات الذات:

تتكون الذات نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة،و هي تشمل الذات المدركة،الذات الاجتماعية و الذات المثالية،ومن الباحثين من أصناف الذات العميقة أو المكبوتة و الذات الخاصة.

4-1-مستويات الذات عند كارل روجرز: حسب كارل روجرز للذات ثلاث مستويات هي:

- **الذات المدركة:**

ويعني بها الصورة او الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه و قدراته، مميزاته، مظهره، مكانته، و أهميته الاجتماعية لذلك فهو يشعر و يعي بها باختصار كما يراها في المراة.

- **الذات الاجتماعية :**

يتأثر الفرد باعتبارهكائن اجتماعي بآراء و تقييمات الآخرين،خاصة المقربين منه كالأهل و الأصدقاء الذين بدورهم يكونون صورة أو فكرة عنه من خلال عملية التفاعل الاجتماعي فالذات الاجتماعية هي الطريقة التي يدرك بها الاخرون الفرد.

- **الذات المثالية :**

المقصود بها الصورة التي يود و يرغب ان يكون عليها الفرد و هي التي تدفعه لتحقيق طموحاته و آماله،يسعى كل فرد دوما لأن يكون ناجحا و سعيدا في جميع مجالات حياته (الأسرية، المدرسية المهنية،الاجتماعية)إلا أن هذه الطموحات قد تؤدي بصاحبها إلى الاضطرابات النفسية والتعاسة خاصة إذا لم يكن هناك توافق و اتزان بين ذاته المدركة والمثالية،وكلما زاد التقارب والتشابه بينها أدى ذلك بالفرد إلى التمتع بالصحة النفسية.

ركز كارل روجرز كثيرا على السلوك الظاهري متجاهلا بذلك المستوى اللاشعوري للذات،مما دفع بفيرنون إلى الاهتمام أكثر بذا الجانب .

4-2- مستويات الذات عند فيليب فيرنون :

عرف مفهوم الذات بأنه"شعور الفرد أن لديه خاصة تتمايز وتتباين عن سواها،وهي ذات مركبة تتكون من أجزاء كثيرة تتصارع فيما بينها ولكنها متحدة ويجمعها معا إحساس الفرد بالهوية أو الكينونة"(**حامد منسي م-ع.، 1986، ص08**).

بمعنى أن لكل فرد ذات خاصة تميزه عن البقية،وتلك الذات المركبة من عدة ذوات فرعية أخرى،لكل منها متطلبات و شروط و قوا نين تسير عليها،لذلك فهي في صراع دائم،إلا أن ذلك الصراع لا ينتهي باشتقاقها وانفصالها عن بعضها البعض ،و إنما يجمعها و يوحدها الإحساس بالهوية.

وقد اتفق فيرنون و روجرز حول مستويين للذات هما الذات المدركة والذات الاجتماعية،غير أن **فيرنون** أضاف إلى ذلك مستويات أخرى متمثلة في:الذات البصيرة **والذات العميقة أو المكبوتة**"فالذات البصيرة يتحقق منها الفرد عادة عندما يوضع في موقف تحليلي شامل مثل:ما يحدث في عملية العلاج النفسي المركز حول العميل،اما الذات العميقة او المكتوبة فتتوصل إلى صورتها عن طريق العلاج النفسي التحليلي" (**زهران ح–ع.، 1997، ص 71**).

تضم للذات المكتوبة كل الخبرات والرغبات التي تهدد كيان الفرد و استقراره فتولى دافع تاكيد الذات مهمة إرسالها إلى اللاشعور بالاستعانة بميكانيزمات الدفاع وذلك من أجل الحفاظ على صحة الفرد النفسية ولا يمكن معرفة أسرارها إلا عن طريق التحليل النفسي، لم يعط **فير نون** اهتماما للذات المثالية و لقد تأثر **حامد عبد السلام زهران** ذا التقسيم،وزاد عليه مستوى اخر يعتبر من اهم و اخطر المستويات،وهي الذات الخاصة ذلك لانها"تختص بالجزء الشعوري السري جدا من خبرات الذات ومعظم محتوياته محرمة أو محرجة أو مخجلة أو بغيضة أو غير مرغوب فيها اجتماعيا وتعتبر بمثابة عورة نفسية لا يجوز إظهارها أمام الناس" (**حامد منسي م –ع.، 1986، ص10**).

5– أبعاد الذات:

تعرف بنية الذات انطلاقا من عدة وضيعات وأبعاد حظيت باهتمام الباحثين فتعمقوا بدراستها وتحليلها،وتتمثل هذه الأبعاد فيما يلي:

5–1– صورة الذات:

أي الذات "وهي تنظر إلى نفسها، ذات الشخص الظاهرية أو الشعورية، تنقسم إلى تصور المرء لنفسه كما هو في الحقيقة وتصور ذاته المثالية تلك التي يود لو انها كانت، ولهذا التمييز بين صورته الذات الواقعية و المثالية نتائج مهمة"(**الدسوقي ك.، 1989، ص290**).

فكلما اتسعت الهوة بين فرد عن ذاته وما يود أن يكون عليه يؤدي هذا إلى تكوين صورة سلبية عنه،ومن بعض نتائجها الشعور بالفشل و عدم الأهمية،والتقليل من قدراته،إلى غير ذلك من الأفكار الخاطئة التي ينجر عنها سلوكيات سلبية،وكلما تضاءلت تلك الهوة وتقارب المفهومين أدى ذلك إلى تكوين صورة إيجابية أساسها الاحترام والثقة في النفس.

وهذا ما أكده **عبد المنعم حنفي** إذ عرفها على أنالذات كما يتصورها أو يتخيلها صاحبها،وقد تختلف صورة الذات كثيرا عن الصورة الحقيقية " (**حنفي ع– م .، 1994، ص174**).

5–2– الوعي بالذات:

يمكن تعريفها بأسلوب بسيط على أنا إدراك الفرد لذاته،أو كما يقول **عبد المنعم حنفي** الوعي بالذات هو"التبصر بالأسباب التي دفعت المرء إلى سلوك معين،أو فهم المرء لنفسه"(**حنفي ع– م.، 1994، ص175**).

أي معرفة الفرد لنفسه ومواطن قوته و جوانب ضعفه على أثر ذلك يحدد علاقته بالآخرين و أسلوبه في الحياة.

5–3– تقبل الذات :

لا يكف أن يكون الفرد صورة عن ذاته ويعي بقدراته،إنما عليه أن يتقبلها كما هي عليه.

"وأن يحسن تقدير إمكانياته بحيث لا ينقص منها أو يبالغ في تقديرها، ويتمكن من توظيفها واستغلالها على أفضل نحو بحيث لا يصادف الكثير من الإحباط أو يثقل كاهله بما لا قبل له به"(**فوزي س–ا.، 1996، ص21**).

أي رضا الفرد عن نفسه وإدراكه لحقيقة إمكانياته و قدراته كما عليه تقبل الآخرين على ما هم عليه،من أجل تحقيق التكيف والصحة النفسية،فقد تبين من النتائج التي توصل إليها **عبد الحميد جابر** 1969"أن هناك علاقة موجبة بين تقبل الذات والتوافق أي أنه كلما ازداد تقبل الفرد لذاته ازداد توافقه،كما أسفرت هذه الدراسة عن وجود علاقة موجبة بين تقبل الفرد لذاته وتقبله للآخرين"(**دويدار ع.، 1992، ص75**).

5–4– تحقيق الذات:

يؤكد عالم النفس الشهير **أبراهم ماسلو** على أهمية دافع تحقيق الذات لذا وضعه على قمة الهرم الذي ابتكره كنموذج توضيحي لترتيب الدوافع الإنسانية حيث افترض"أن قاعدة الهرم هي الدوافع البيولوجية التي يشترك فيها الإنسان مع معظم الكائنات الحية الأخرى ثم الدوافع الاجتماعية لتأتي الدوافع النفسية في قمة الهرم والتي تتضمن تحقيق الذات الذي يعد من أهم

الاحتياجات النفسية لدى الإنسان فهو يدرك ذاته ويعي إمكانياته،ولا يستطيع أن يبلغ الصحة النفسية في أعلى مراتبها إلا من خلال استثمار طاقاته وإمكاناته وهذا يعنيه علماء النفس بتحقيق الذات"(زهران ح.، 1997، ص36).

5-5- تأكيد الذات:

يميل الفرد إلى تأكيد ذاته بدافع الحاجة إلى التقدير والمكانة والاعتراف والاستقلال والاعتماد على النفس وإظهار السلطة على الغير والرغبة في التزعم والقيادة،و تدفع هذه الحاجة الإنسان إلى تحسين الذات وإلى النمو السوي العادي و التغلب على العوائق والعمل نحو هدف،ومعرفة وتوجيه الذات(العشوي م.، 1999، ص88).

ثانيا: تقدير الذات :

1- تعريف تقدير الذات:

إذا كان الاختلاف يبدو واضحا بين الباحثين حول طبيعة مفهوم الذات فإنه يبدو أقل حدة في تعريف تقدير الذات. يعتبر تقدير الذات من بين الحاجات النفسية والاجتماعية العليا لدى الإنسان حيث يرغب بالحصول على احترام وتقدير الآخرين لشخصيته سواء كان ذلك بفضل سمات جسمية أو أخلاق معينة أو أدوار و مراكز يتمتع بها(صالح الأزرق ع.، 2000، ص117).

عرفه كوبر سميث(Smith Cooper) انه :"التقويم الذي يقوم به الفرد لذاته ويحافظ عليه عادة وهو يعبر عن اتجاه بالموافقة أو عدم الموافقة،ويدل على الدرجة التي يعتقد بها الفرد ان له قيمة واهمية قادر على ان يؤدي دوره بنجاح" (سيد ع-م.، 2000، ص197).

بمعنى أنه حكم ذاتي يصدره الفرد عن ذاته،ومميزاته و قدراته في مواصلة الحياة إما بالفشل أو النجاح،وفي علاقته بالآخرين ويمكن الاستدلال عليه من خلال التعليقات والتعبيرات اللفظية مثل أنا محبوب،أنا ناجح ،أو أنا فاشل أومن خلال السلوكيات الصادرة من الفرد نفسه،ومن أجل تحقيق توافقه النفسي و الاجتماعي يسعى دائما للحفاظ على ذلك الحكم تحت أي ظرف من الظروف،ويتأثر ذلك الحكم بنوع الخبرة الذاتية التي مر بها الفرد خلال سنواته التكوينية سواء كانت إيجابية أو سلبية .

أما فيما يخص لورانس(Laurence) فقد عرفه على أنه:" تقييم مؤثر من الفرد مع خصائصه العقلية والجسمية"(صالح الأزرق ع.، 2000، ص118).

في حين يرى **عبد الرحيم بخيت بأنه:**"مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به،و من هنا **فإن تقدير الذات يعطي تجهيزا عقليا يعد الشخص للاستجابة طبقا لتوقعات النجاح والقبول والقوة الشخصية،فتقدير الذات هو** حكم الفرد اتجاه نفسه وقد يكون هذا القدير والحكم **بالموافقة أو الرفض**"(**عبد الله م–س.، 1992 ص60**).

أما مصطفى كامل فيرى أن تقدير الذات هو:"**نظرة** الفرد واتجاهه نحو ذاته ومدى تقدير لهذه الذات من الجوانب المختلفة كالدور والمركز الأسري،المهني ، الجنسي وبقية الأدوار التي يمارسها في مجال العلاقة بالواقع وتشكل توظيف أو تعديلا أو انحرافا في علاقة **الفرد بذاته**"(**طه ع.، بدون سنة، ص138**).

بمعنى أن الحكم الذي ينسبه الشخص إلى ذاته يصدر عنه أثناء انشغاله وقيامه بمهام و أدوار مختلفة أثناء مسيرة حياته.

فبرغم الاختلاف البسيط الموجود بين هذه المفاهيم إلا انها تشترك جميعها في ان تقدير الذات هو الحكم الذي يعطيه الفرد لنفسه المتصل بخصائصه وأنماط سلوكه ويكون إما بالإيجاب أو السلب،مما يستدعي التحدث عن نقطة أساسية تتعلق بمستويات تقدير الذات،ومدى تأثيرها في حياة الفرد.

2– مستويات تقدير الذات:

لمفهوم تقدير الذات ثلاث مستويات،ولكل مستوى خصائص ومميزات تؤثر بدرجات متفاوتة على شخصية الفرد وسلوكه المتمثلة في:

2–1– المستوى المنخفض(الواطئ)لتقدير الذات :

نتيجة للخبرات المؤلمة و الإحباط التي يتعرض لها الفرد خلال تنشئته الاجتماعية،قد يؤدي به ذلك إلى تكوين صورة سلبية **عن** نفسه من مميزاتها عدم الثقة بالنفس والشعور بالخجل والتردد في اخذ القرارات وعدم القدرة على مواجهة المشكلات وسيطرة فكرة الهزيمة والفشل حتى قبل مواجهة الموقف أو لاعتقاده أن مستوى أدائه أقل أو أدنى مقارنة بالآخرين،لذلك ليس بإمكانه القيام بأعمال على أتم **وجه**.ويتسم ذلك بعدم الارتياح في المناسبات الاجتماعية والخضوع السلبي للسلطة والشعور الدوري بالخزي واليأس وثبوت الهمة"(**عبد الله م– س.، 2000، ص199**).

لكن هذا لا يعني أن الشخص الذي تعرض للفشل مرة أنه فاشل في كل مرة،ولا يمكنه الوصول إلى تحقيق ذاته وآماله "**إذ من** الممكن أن الشعور السلبي الذي يكون لدى شخص ما عن نفسه يكون محمودا بمهارة خاصة أو بواجب ما،أو **بوظيفة ما،أو بموقف معين**"(**خير الله م.، 1981، ص160**).

2-2- المستوى المرتفع لتقدير الذات:

يتمثل في الصورة الإيجابية التي يكونها الفرد حول نفسه إذ يشعر بانه إنسان ناجح جدير بالتقدير وتنمو لديه الثقة بقدراته، وإيجاد الحلول لمشكلته ولا يخاف من المواقف التي يجدها حوله بل يواجهها بكل إرادة وبافتراض أنه سينجح فيها (**Mutin.،1975** ، ص**40**).

بمعنى إن فكرة الفرد عن نفسه في هذه الحالة تكون مغايرة تماما لمن يحمل تقدير ذات سلبيا ،فهو يعطي نظرة ايجابية لنفسه ويشعر بأنه إنسان ناجح جدير بالتقدير والاحترام ،وعلى ذلك فانه يستطيع اقتحام المواقف الجديدة والصعبة شجاعة دون تردد،ودون إحساسه بالفشل والحزن ،وفي حالة وجوده لا يكون مستديما.

وتوجد لدى جميع الأفراد حاجة إلى تقديرا نفسهم تقديرا عاليا ثابتا ،وان يقدرهم الآخرين ويحترموهم ويؤدي إشباع هذه الحاجة إلى الإحساس بالقوة و الكفاءة و الشعور بأهميته وضرورته في الحياة (**محي الدين م.، 1982، ص190**).

إذ بواسطة إشباع هذا الدافع المهم في حالة الفرد يصل إلى حالة التوافق و التكيف ,ولكي يصل الإنسان إلى تحقيق مثل هذا التوافق يحتاج إلى نوع من التقدير غير المشروط ,وهو يعني تقديره دون النظر إلى مستوى سلوكه سواء كان مقبولا أو غير مقبول ,لذالك معظم الناس تحرص على إن يظل تقديرها لذ اتها على أعلى مستوى ممكن لذالك فان الرغبة في الاحتفاظ بالتقدير الايجابي للذات تعمل بوصفها دافعا قويا وهذه الرغبة مشتبكة بكثير من الدوافع الاجتماعية (**سلامة ا- ع.، 1988، ص187**).

ومن العوامل التي تساعد على إشباع هذه الحاجة عند الطفل هو أن يشعر بأنه مرغوب فيه داخل أسرته ,ويتم ذلك عن طريق معاملة الكبار معاملة يسودها الحب والرعاية الثناء عليه بين الحين والأخر كلما أحسن التصرف وكذا ترك الحرية في اخذ القرارات مما يجعل الطفل راضيا سعيدا ميالا للنجاح ,والسعي لتحقيقه و يصاحبه عادة احترامه للآخرين وتقبلهم كما هم عليه في الواقع والثقة بهم وبالتالي الانسجام معهم، فقد اثبتت نتائج الدراسات السابقة ان الاشخاص الذين يتسمون بتقدير مرتفع للذات هم:"أميل إلى أحكامهم وآرائهم وأقل تعرضا للقلق بسبب تلك الأحكام والآراء ولديهم استعداد منخفض للإقناع والتأثر بآراء الاخرين ،وهم اكثر ميلا لتحمل الادوار الإيجابية في المناقشات الجامعية واقل ميلا إلى التشدد كما انهم يحصلون على درجات مرتفعة في مقاييس القدرات الإبداعية ويتسمون انهم اقل يبا وحساسية للنقد ،كما أن تحصيلهم الدراسي أفضل ومن السهل عليهم تكوين صداقات جديدة وبالتالي أكثر قدرة على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات إيجابية مع الآخرين " (**عبد الله م - س.، 2000، ص 200**).

ويرتبط تقدير الذات العالي عند الفرد الاقتصادية والاجتماعية و الأسرية إذ يذكر **هيلمز Helms**أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذوات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يقدرون أنفسهم تقديرا مرتفع من حيث الاحترام والتربية ،أما الأفراد الذين ينحدرون من اسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفضين فإنهم يقدرون انفسهم تقدير منخفض من حيث احترمهم لذ ام.

من أجل هذا يعتبر تقدير الذات الإيجابي عامل مهم جدا في تطور ونمو شخصية الفرد وشعوره بالارتياح وتحقيقه الصحة النفسية.

2-3- المستوى المتوسط لتقدير الذات :

يقع الشخص ذو التقدير المتوسط للذات بين هاذين النوعين حيث لا يبالغ في تعظيم ذاته لدرجة أن يصبح شخص مغرور ،ولا يحط من قيمته ولا يبخسها لدرجة احتقارها وإهانتها ،إنما هو شخص مستوى طموحه يتماشى مع إمكانياته وقدراته ،وهدفه في الحياة تحقيق التوافق النفسي،وكسب محبة الآخرين واحترامهم وبالتالي يحاول الاستفادة والتعلم من تجاربه السابقة من أجل مواجهة مصاعب الحياة بكل إرادة وعزم (**مختار م.، 1982، ص45**) .

3- العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يرجع علماء النفس تاثر تقدير الفرد لذاته بالمتغيرات الخارجية المحيطة به،ومدى تفاعل الفرد مع بيئته التي يعيش بها،واكد **أبستان (Epstein)** أن"مفهوم الفرد عن نفسه يتكون على غير قصد منه أثناء تفاعله مع البيئة (**حامد منسي م ع.، 1986، ص186**).

هذا يدل على أن احتكاك الفرد مع بيئته وتفاعله معها هو الذي يكون مستوى تقديره لذاته إما باستحسانها او رفضها ،فإدراك الفرد عن نفسه تتشكل من خلال هذه العلاقة والتفاعل مع البيئة المحيطة به،ومن خلال ما يقدمه الآخرون من تقويمات للفرد ومعتقداتهم عنه وعن طريق مجموع الخبرات المشكلة.

أي أن تقدير الفرد لذاته يكون نتيجة تقييم الآخرين لسلوكه ومدى توافق سلوكه وقدراته مع قيم المجتمع الذي يعيش فيه (**زلوف م.، 1992، ص82-83**).

كما أن الفرد يمر في حياته بمواقف وظروف تؤدي إلى اكتساب وتشكيل خبرات معينة هذه الأخيرة التي قد يكون بعضها مريح والبعض الآخر مؤلم،وهذا ما يؤثر على تقدير الفرد لذاته فنتيجة لخبرات الفشل والنجاح يقوم الفرد بتقييم قدراته.

فإذا كانت خبرات الفشل غالبة يكون تقديره منخفض والعكس إذا كانت خبرات النجاح مرتفعة وأشار كل من ميد و أروكيل إلى أن "صورة الذات تنشأ نتيجة الظروف الاجتماعية فالاحتكاك والتفاعل الاجتماعي بين الفرد وبيئته الاجتماعية يجعلان من ذات الفرد موضوعا توجه إليه تقويمات وأحكام من طرف الآخرين و تشكل لديه مختلف التصورات و الأحاسيس عن نفسه وهو ذا يستجيب لذاته "(فريد م.، 2003-2004، ص54).

هذا نجد أن عملية التفاعل والعلاقات الدينامكية بين الفرد والمجتمع تتشكل من خلالها صورة الذات ,وباعتماد الفرد على طريقة تعامل الآخرين معه فضلا عن تلك العملية المقارنة التي يقوم بها الفرد بين ذاته وبين من يحيطون به.

4-قياس تقدير الذات:

من أجل معرفة تقدير الفرد لنفسه أوجدت عدة مقاييس واختبارات تقيس تقدير الذات منها:

4-1- مقياس كوبر سميث (Cooper Smith) : هذا المقياس عام 1967 لقياس صمم كوبر سميث اتجاه تقييمي نحو الذات في المجالات الاكاديمية،الاجتماعية،العائلية و الشخصية.

ويمثل تقدير الذات التقييم الذي يضعه الفرد لذاته ،وأثناء قيام الفاحص بتطبيقه لهذا المقياس عليه تفادي استخدام الكلمات"تقدير الذات"،"تقييم الذات"وهذا لتفادي استجابات التحيز.

4-2- مقياس روزنبرغ(Rosenberg) :

وضعه في1965وكان الغرض من ذلك تطوير تقنية مختصرة وبسيطة تسمح بدراسة صورة الذات بغض النظر عن المسؤوليات الاجتماعية والعادات والتقاليد والأديان والبيانات العائلية ويستخدم مع الأفراد الذين تبلغ أعمارهم16سنة فما فوق وبتبسيط هذه الركائز يمكن تقديمه للأطفال من 10عبارات منها السالبة ومنها الموجبة ,كما يمكن تطبيقها فرديا أو جماعيا ولا يستغرق وقت تطبيقه أكثر من 10دقائق ،والهدف من استخدام هذا المقياس هو معرفة مستوى تقدير الذات لدى كل فرد (**قحطان أ.، 2004، ص72-73**).

4-3- مقياس هير (HEARE):

هو عبارة عن مقياس يتكون من30 بند يقيس تقدير الذات لدى الأفراد الذين لديهم 10سنوات فما فوق يشمل هذا السلم 03مقاييس فرعية،يحتوي كل واحد منها على 10بنود في المجالات:الأقران،المدرسة،وهي تعطى كوحدات مختلفة .

إن الهدف من جميع المقاييس الثلاثة هو الاكتساب الكلي لتقدير الذات، ويمكن تطبيق "مقياس هير"بصفة فردية أو جماعية ،شفوية أوكتابية (ليلى ع –ع.، 1985، ص20).

الخلاصة:

استنتجنا من خلال هذا الفصل أن مفهوم الذات عامل من العوامل الأساسية في بناء الشخصية وفي توافقها النفسي والاجتماعي,ولمفهوم الذات عدة أبعاد منها تقدير الذات فنظرا لأهميته أخذ اهتمام كثير من الأخصائيين النفسانيين العاملين في الميدان الإكلينيكي والاجتماعي ,ولهذا الأخير عدة مستويات لكل منها صفات وخصائص تؤثر في عملية التوافق الشخصي فتقدير الذات الإيجابي يعبر عن الراحة والتوافق النفسي أما تقدير الذات السلبي يعبر على وجود خلل في عملية التنشئة الاجتماعية.

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

الإشكالية:

الصحة نعمة من نعم الله عزوجل،فبوجودها يشعر الفرد بالسعادة والراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية، ومن المنطقي إن لا يقدر أهمية الصحة إلا فاقدها فصحة الإنسان مهددة ومعرضة للمرض دائما لا سيما الأمراض الخطيرة منها ، فقد يكون المرض خفيا أو ظاهرا وهو ما يفقد الفرد القيام بدوره سوءا على المستوى الأسري أو المهني أو الاجتماعي وكذا فقدان القدرة على التعامل مع الإجهاد النفسي و الجسدي (**فوزي ع .، 1990، ص105**) .

ومن الأمراض التي يمكن أن تخل بتوازن الفرد وتجعله عرضة للموت ، مرض لطالما أثار الرعب في النفوس حصد الكثير من الأرواح إلا وهو السرطان ويعرف هذا الأخير على انه تكاثر غير نظامي لخلايا استطاعت الإفلات من الضوابط والعوامل التي تتحكم في نمو الخلايا ومن بين أنواع السرطان نجدسرطان الدم،الحنجرة،الرئتين،الكبد إلخ وسرطان الثدي الذي فاق كل التوقعات في عدد المصابين به .ونظرا للانتشار المروع لهذا النوع من السرطانات ،الذي قد يتسبب في فقدان عضو مميز لدى المرأة وله قيمة نرجسية هائلة ، إضافة إلى كونه يشكل خطرا على حياة المرأة فقد توصل العديد من العلماء من بينهم دوتشي وكلاين وإلى جانبهما فرويد في دراساتهم المتعلقة بسيكولوجية المراة إلى ان الفتاة الصغيرة تعيش عقدة نقص ، والذي يعزز بنقص مؤقت متمثل في غياب الثدي إلى أن تصل إلى مرحلة المراهقة، حيث يمثل الثديين المنتظرين الناشئين تعويضا للنقص الذي لديها وبالموازاة مع هذا التغير المورفولوجي ،وبنضج الفتاة الذهني والنفسي والجسدي يلعب الثدي دورا أساسيا لديها ،كونه رمز للأنوثة والأمومة على حد سواء ،فله دور جمالي إضافة إلى الإغراء والجنس .

ونظرا للاهمية البالغة التي يحظى بها الثدي،فان تعرض المراة للإصابة بسرطان الثدي قد يثير خللا في توازنها **العام ، لان** الإصابة تعتبر مصدر خطر على حياة المرأة ،إضافة إلى خطر فقدان عضو ذو قيمة نرجسية كبيرة عندها ،وعليه تظهر المرأة استجابة انفعالية إزاء هذا الموقف خاصة إن معظم حالات الإصابة بسرطان الثدي يستأصل فيها الثدي ،ولهذا فالمرأة مجبرة على مواجهة هذا التغير الغير المتوقع بجسدها ،وما قد ينتج عنه من اثار على جميع المستويات ويجعلها تتساءل عن قدرتها على القيام بواجباتها و الحفاظ على علاقاتها مع محيطها وقد يغير من قيمة تقديرها لذاتها فتقدير الذات مرتبط بتكامل شخصية الفرد .

ويرى زيلر1966 إن تقدير الذات يقع كوسط بين ذات الفرد والواقع الاجتماعي الذي يعيشه

وتقدير الذات كما يعرفها كوبر سميث 1967هو تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه ، ويتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الايجابية أو السلبية نحو ذاته ومعتقداته عنها وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين عن طريق التقارير اللفظية والسلوكية الظاهرة .

ويذكر ايزاكس أن تقدير الذات هو الثقة بالنفس و الرضا عنها واحترام الفرد لذاته وانجازاته برأيه وبنفسه وتقبله لها باقتناع الفرد إن لديه من القدرة ندا للآخرين .

وهنا نجد المرأة نفسها تتخبط نين الألم الجسدي الناتج عن الجراحة والعلاجات الثقيلة وكل التغيرات التي تحدثها الإصابة وبين تاقلمها مع الوضع النفسي الذي فرضته الإصابة وعملية الاستئصال التي قد تغير من نظرتها نحو ذاتها .

ومن هذا الأساس تنطلق دراستنا متناولة موضوع تقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي وعلاقته بالمستوى التعليمي ،من خلال طرح الأسئلة التالية :

هل هناك فروق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ،وهذا حسب حالتهن العائلية ومستواهن التعليمي وسنهن ؟

الأسئلة الفرعية :

. هل هناك فروق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي،بين المتزوجات والعازبات ؟

- هل هناك فروق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ،وهذا حسب متغير المستوى التعليمي (عالي،منخفض) ؟

- هل هناك فروق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي،بين اللواتي يتجاوز سنهن الأربعين و اللواتي لم يتجاوز سنهن الأربعين؟

2– تحديد الفرضيات:

الفرضية العامة :

- هناك فروق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ،وهذا حسب حالتهن العائلية ومستواهن التعليمي و سنهن.

الفرضيات الجزئية:

ينخفض تقدير الذات لدى المرأة العازبة المصابة بسرطان الثدي عنه لدى المتزوجة المصابة .

-ينخفض تقدير الذات لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ذات المستوى التعليمي المنخفض عنه لدى المرأة ذات المستوى العالي.

-تقدير الذات لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي التي يقل عمرها عن40 سنة أقل منه لدى المرأة التي يزيد سنها عن40 سنة .

3-أهداف البحث:

نظرا للإحصائيات المهولة حول الإصابة بسرطان الثدي في الجزائر، وباحتلاله المرتبة الأولى بين باقي السرطانات الأخرى عند النساء، ونظرا لحجم الالم النفسي والمعانات الذي يتسبب بهما، فقد تم تحديد أهداف دراستنا كالآتي:

- معرفة مدى تأثير الإصابة بسرطان الثدي على مستوى تقدير الذات عند المرأة .
- معرفة مدى تأثير المستوى التعليمي في تقدير الذات لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي .
- معرفة مدى تأثير الحالة العائلية للمرأة المصابة بسرطان الثدي في تقديرها لذاتها.

كما انه تتمثل اهمية الدراسة في كونها تسلط الضوء على موضوع جد حساس الا وهو تقدير الذات عند المراة المصابة بسرطان الثدي وتعرضها للإصابة الجسدية تعززه الإصابة النفسية التي تنجر عنها آلام شديدة .

ورغم أن الدراسات كثيرة في هذا الموضوع إلا انها تبقى كقطرة في كاس ماء مقارنة بالالم الجسدي والنفسي الذي تعيشه المرأة المصابة بسرطان الثدي.

4- تحديد المفاهيم إجرائيا:

السرطان:

هو داء خبيث تتحول فيه الخلية الطبيعية بطريقة ما غير معروفة نسبيا إلى خلية تنمو نموا شاذا أو فوضويا، وتتكاثر **بسرعة ،ويصيب** في غالبية الأحيان الافتنية اللبنية ويستقر بصفة غادرة وتطوره غير متوقع .

تقدير الذات :

هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية وهو القيمة التي تصفها المرأة المصابة بسرطان الثدي لنفسها من خلال إجاباتها على مجموعة العبارات الواردة في مقياس الذات **لكوبر, س.**

المستوى التعليمي:

هو المستوى الدراسي الذي وصلت له المبحوثة المريضة بالسرطان وينقسم إلى :

. مستوى تعليمي متدني: **ويضم الأمية والمستوى الابتدائي و المتوسط.**

. **مستوى تعليمي مرتفع: ويضم المستوى الثانوي والجامعي.**

الحالة العائلية:

ويقصد بها وضعية المراة العائلية ،إذ خص بحثنا هذا النساء المتزوجات والنساء العازبات .

تمهيد

من أهم مراحل البحث العلمي التي يعتمد عليها الباحث هو الجانب التطبيقي ،حيث يتم فيه عرض خطوات الدراسة المنهجية ،و التي يتم من خلالها إثبات أو نفي فرضيات التي اعتمدها ،كما انه يعتبر ترجمة كمية للمعلومات الكيفية التي عرضت في الجانب النظري ،

وسنعرض في هذا الفصل خطوات المنهجية للدراسة و المتمثلة في المنهج المتبع –مجالات الدراسة- أدوات جمع البيانات

1–منهج الدراسة:

دف دراستنا الحالية إلى دراسة الفروق في تقدير الذات لدى المريضات بسرطان الثدي حسب المتغيرات المتمثلة في الحالة الاجتماعية (متزوجة و عازبة) المستوى التعليمي و السن،و هذا ما دفع بنا للاعتماد على المنهج الوصفي لمناسبته لأهداف الدراسة،و يعرف المنهج العيادي على أنه استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية ،كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها و كشف جوانبها و تحديد العلاقة بين عناصرها،أو بينها و بين ظواهر تعليمية أونفسية أو اجتماعية أخرى ،أي البحث عن أوصاف دقيقة للأنشطة و الأشياء و العمليات و الأشخاص و من هنا يتضح لنا أن منهج البحث العيادي حسب تركي ر. (1984) "هو كل ما يتحراه الباحث من دقة في تصوير واقع الظواهر الاجتماعية و النفسية,يسهم في تمكين العلوم التربوية و الاجتماعية من التحقق من صدق ما يتواتر فيها من أفكار ونظريات وما يروج فيها من أراء و أقوال و البحث الوصفي من جهة أخرى هو بمثابة دراسة استطلاعية تمهد الأرض للأبحاث التجريبية,و بجانب هذه الأهمية النظرية للبحوث الوصفية فان لها قيمة عملية كبيرة,فكل مشكلة تربوية ونفسية لا يمكن حلها حلا سليما إلا إذا توفرت المعلومات عن هذه المشكلة "(**تركي ر.، 1984، ص156**)

2–ميدان البحث :

2–1–الإطار المكاني للبحث :

تمثل الإطار المكاني للبحث في مركز مكافحة السرطان(C.A.C)بالمستشفى الجامعي فرانتز فانون بزعبانة بمدينة البليدة والذي يتكون من :الطابق السفلي والذي يعتبر القاعدة الأساسية للمركز ومرحلة إجبارية يمر كل مريض ،يدخل المركز وهو يتكون من عدة جوانب ،فنجد جانب خاص بالعيادات والاستشارة الطبية والذي يضم مجموعة من المختصين والأطباء ،ويتبع هذا الجانب خاص بالاختبارات وأجهزة لكشف (مخابر فيزيائية و بيولوجية ،قاعة التصوير الإشعاعي

،وقاعة (canser) وأما الجانب الأخير فهو إداري خاص بإدارة المركز والتسيير ،كما يحتوي هذا الطابق على مكتب استقبال وتوجيه وحجرتين مخصصتين للعلاج الإشعاعي .

خصص الطابق الأول لمصلحة الجراحة وتحتوي هذه المصلحة على مكاتب خاصة بإدارة المصلحة غرفة العمليات وغرف الإنعاش ، أما الطابق الثاني فيعتبر ملجأ لكل المرضى المقبلين على إجراء عملية جراحية أو الذين أجرو العملية ،وينقسم هذا الطابق إلى رواق خاص بالنساء ورواق خاص بالرجال بالإضافة إلى مصلحة "فحص الألم ".

2-2- الإطار الزماني للبحث:

بعد الاتصال بالمستشفى الجامعي فرانتز فانون بزعبانة بمدينة البليدة يوم 24 مارس2014تم الموافقة من طرف الإدارة على إجراء البحث الميداني بصعوبة كبيرة ، حيث أنه من30 مارس 2014 إلى غاية 05 ماي 2014 زاولنا إجراء البحث الميداني على العينة .و بعد إجراء المقابلات التي استغرقت 30دقيقة لكل حالة تم توزيع مقياس تقدير الذات مع كل الشرح والتوضيح حتى لا يكون هناك غموض ،ومع إمهالهم 15 دقيقة للإجابة على بنود المقياس .

3- مجموعة البحث:

3-1- معايير انتقاء مجموعة البحث:

لكي ندرج فرد ضمن مجموعة بحثنا لبد أن تتوفر فيه الشروط التالية:

1- أن تكون المرأة مصابة بسرطان الثدي.
2- أن تكون خاضعة لعملية استئصال الثدي.
3- أن تكون متواجدة بالمستشفى.
4- أن تكون أدنى مدة أسبوعين مراعاة لحالتها النفسية وأقصى مدة تقدر بشهر حتى نضمن تواجدها بالمستشفى.
5- أن لا تكون متخلفة عقليا.
6- أن يتراوح سنهن بين 27-55 باعتبارها الفئة الأكبر عرضة لسرطان الثدي والأكثر تواجدا في المستشفيات

3-2- وصف مجموعة البحث:

وسيتم وصف مجموعة البحث من خلال المتغيرات التالية:

الجدول رقم (01): يمثل توزيع مجموعة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية:

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية
متزوجة	8	50
عزباء	8	50
امموع	16	100

يمثل الجدول رقم (1) توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الحالة الاجتماعية و تنقسم إلى فئتين رئيسيتين,فئة المتزوجات وتقدر ب8حالات وتمثل 50 من مجموع الحالات ,وفئة تقدرب8حالات وتمثل50

جدول رقم (2): يمثل توزيع مجموعة الدراسة حسب المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
أمي	3	19
إبتدائي	5	31
ثانوي	6	37.5
جامعي	2	12.5
امموع	16	100

ويمثل الجدول رقم (2)توزيع أفراد مجموعة البحث حسب المستوى التعليمي,وتنقسم مجموعة البحث المتكونة من16مصابة إلى فئتين فئة ذات مستوى تعليمي منخفض وهن الأميات وذوات المستوى الابتدائي والفئة الثانية هي ذات مستوى تعليمي عالي وهن المستوى الثانوي والجامعي.

جدول رقم(3): يمثل توزيع مجموعة الدراسة حسب السن:

الفئة العمرية(السن)	التكرارات	النسبة المئوية
بين(27-29)	5	31
بين(34-40)	4	25
بين(44-48)	5	32
بين(49-52)	2	12
امو ع	16	100

يمثل الجدول(3)توزيع أفراد مجموعة البحث حسب السن,وتنقسم مجموعة البحث المتكونة من16مصابة إلى4فئات ،الفئة الأولى تضم المصابات اللواتي يتراوح سنهن بين 27- 29 سنة ،الفئة الثانية تضم اللواتي يتراوح عمرهن بين 34-40 سنة الفئة الثالثة تضم اللواتي يتراوح سنهن بين 44- 48 سنة ،أما الفئة الرابعة فتضم اللواتي يتراوح سنهن بين49 -52 سنة ،وأكبر تكرار عرفته فئة 27- 29 سنة وفئة 44 -48 سنة ب5تكرارات.وأصغر تكرار عرفته فئة 4-52 سنة.

4–أدوات الدراسة:

يحتاج الباحث إلى أدوات معينة لجمع البيانات والتي من خلالها يستطيع قياس الظاهرة موضوع الدراسة .

ونظرا لمتغيرات الموضوع وطبيعته تم الاعتماد على الأدوات التالية:

- **المقابلة العيادية .**
- **مقياس تقدير الذات ل "روزنبورغ".**

4–1 المقابلة نصف الموجهة:

تم استخدام المقابلة نصف موجهة إذ بإمكانها إظهار جزء من المعاش الشعوري للمريض ،فهي بذلك تعتبر وسيلة شخصية و علاجية ،بالإضافة إلى انها تساعد على البحث الجاد ويقول في هذا الصدد روثر ج: "أن المقابلة هي أول الطرق الأساسية التي يعتمد عليها الباحث في كل اتصال بالفرد وتكوين علاقة تسمح له بالحصول على معلومات تفيده في بحثه

وفي مساعدة المفحوص ،فالقدرة على كسب ثقة هذا الأخير تجعله يشعر بارتياح ،وكذلك القدرة على الملاحظة ، من المهارات الضرورية (روثر ج.، 1984، ص125).

استدعت طبيعة البحث اختيار نموذج المقابلة نصف الموجهة لأنا أكثر التقنيات استعمالا من طرف الباحثين من جهة ,وتخدم موضوع الدراسة من جهة أخرى ,وتتمثل خصوصيتها فيما يلي:

إن هذا النوع من المقابلات يجنب التوجيه المباشر ,حيث يترك المفحوص يتكلم مباشرة بعد طرح السؤال و الفاحص يستمع إليه مع الاهتمام بإحساساته التي تعبر عن الحالة النفسية و الجسمية ,وتؤكد شيلاند ك .(Chiland.C) نقلا عن باكي.(Bacqué)أن كل هذا في تعريفها لهذا النوع من المقابلات :" أنا مبنية بطريقة محكمة تحدد للمفحوص مجال السؤال ,وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير ,أي يكون المفحوص حرا في الإجابة ككل في إطار السؤال المطروح وتكون أسئلة المقابلة نصف الموجهة مهيأة من قبل الباحث متبعة تسلسلا مسبقا واستعمال هذا النوع من المقابلة يرمي إلى جمع المعلومات وفق شروط منهجية ،فهي لا تتم إلا بعد تحضير موجه لها حيث توضع الأسئلة التي تطرح على المفحوصة وتكون هذه الأخيرة تخدم متطلبات البحث قيد الدراسة التي يمكن تلخيص أهم مراحلها و محاورها في محورين و التي تسبقها بيانات شخصية عن المصابة مثل السن الحالة الأسرية, والتعليمية ...الخ ,وكذالك تاريخ الحالة المرضية في حين يعالج المحور الأول خاص بمرحلة التشخيص ,والمحور الثاني خاص بمرحلة الجراحة ومحور خاص بنظرة المراة حول ذاتها ومحور خاص بالعلاقات الاجتماعية (Bacqué .1992. p35) .

4-2-مقياس روز نبورغ لتقدير الذات :

4-2-1 وصف المقياس:

صمم هذا الاختبار من طرف الباحث موريس روزنبورغ (M.Rosenberg) سنة 1965 وكان هدفه هو وضع تقنية مختصرة وبسيطة تسمح بدراسة صورة الذات بغض النظر عن التقاليد و العقيدة والقيم والاتجاهات . أعد مقياس تقدير الذات الذي تم استخدامه في الدراسة لقياس مستوى تقدير الذات .

4-2-2 التعليمة:

تكون تعليمية المقياس كالتالي :نرجو منكم الإجابة على هذه الفقرات المقترحة بكل صدق وموضوعية والتي تندرج في إطار بحث علمي لنيل شهادة الليسانس ونعلمكم أنه ليست هناك إجابة صحيحة **أو خاطئة لذالك رجاءا وضع علامة (x) على الاجابة المختارة بكل دقة وموضوعية .**

تنقيط وحساب المقياس: 4-2-3

يتكون هذا المقياس من 10 بنود مقسمة بين عبارات إيجابية **وأخرى سلبية، وتكون حسب مدى موافقة الفرد على** هذه العبارات.

أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق، لا أوافق بشدة

العبارات الايجابية: **تتمثل فيما يلي:**

1-3-4-7-10 وتنقط حسب الجدول التالي:

جدول رقم(04) يمثل تنقيط العبارات الايجابية حسب مقياس تقدير الذات لروزنبورغ :

العبارة	الدرجة
أوافق بشدة	4
أوافق	3
لا أوافق	2
لا أوافق	1

في حين تتمثل البنود السلبية في : **2–5–6–8 –9** ويكون التنقيط عكس البنود الايجابية :

جدول رقم(05) يمثل تنقيط العبارات السلبية حسب مقياس تقدير الذات لروزنبورغ.

العبارة	الدرجة
أوافق بشدة	1
أوافق	2
لا أوافق	3
لاأوافق بشدة	4

أما بالنسبة لمستويات تقدير الذات حسب الاختبار فتكون كالتالي:

جدول رقم(06) يمثل مستويات تقدير الذات حسب مقياس تقدير الذات لروزنبورغ:

مدى الدرجات	مدلول الدرجات
19-10	سلبي منخفض
30-20	إيجابي متوسط
40-31	إيجابي مرتفع

4–2– 4 طريقة تطبيق المقياس:

يتم تطبيق المقياس بطريقتين إما فرديا وإما جماعيا

التطبيق الفردي: نطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في كراسة الأسئلة و التأكد من فهمه ثم الشروع في الإجابة.

التطبيق الجماعي : توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص ويطلب منهم كتابة أسمائهم ,مستواهم التعليمي والتاريخ اليومي للإجابة ,ويطلب من المفحوصين قراءة التعليمية بأنفسهم بطريقة صامتة في حين يقرؤها الفاحص بصوت جهري حتى يزيل كل غموض والتباس

وقد تم تطبيق المقياس في دراستنا تطبيقا فرديا.

5- الأساليب الإحصائية :

استخدمنا عدة أساليب لتحليل معطيات الدراسة الميدانية والتي تتمثل في :

1- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعة الدراسة في تقدير الذات .

2- النسب المئوية % لتمثيل النسبة المئوية لأفراد مجموعة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية ،المستوى التعليمي ،السن .

3- اختبار "ت" T" TEST "لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة في المتغيرات الواردة في فرضيات الدراسة.

الخلاصة:

تعتبر منهجية البحث و خطواته الأساس الذي تقوم عليه كل الدراسات العلمية وقد اختبرنا مجموعة الدراسة التي تتكون من16 امرأة مصابة بسرطان الثدي علما أن تعرضهن لعملية استئصال الثدي وقد تم اختيارهن من مركز مكافحة السرطان بمستشفى فرانس فانون .

ولهذا الغرض اعتمدنا المنهج الوصفي وكذا المنهج العيادي الذي هو أكثر ملائمة لمثل هذه الدراسة وقد تم اختيار فرضيات البحث بالاعتماد على مقياس تقدير الذات لروزنبرغ بهدف التعرف على الفروق في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي بين المتزوجات و العازبات وبين ذوات المستوى التعليمي المتدني وبين المصابات اللواتي تجاوزن الأربعين سنة و اللواتي لم يتجاوزن الأربعين بعد.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل تحليل وعرض ومناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الميدانية والتي تسعى للكشف عن الفروق الموجودة بين النساء المصابات بسرطان الثدي في تقدير الذات حسب الحالة الأسرية للمريضة ومستواها التعليمي وسنها ،وسنبدأ بعرض الحالات كخطوة أولى وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها ،ثم ننتقل في الخطوة الثانية للتحليل الإحصائي لمحاولة تدعيم النتائج السابق عرضها.

1- عرض الحالات وتحليلها:

تم تطبيق المقابلة على مجموعة الدراسة التي تكونت من16 امرأة مصابة بسرطان الثدي أجرين عملية جراحية على مستوى الثدي،وضمت الدراسة نساء متزوجات ونساء متزوجات ونساء عازبات تتراوح أعمارهم بين 27و55 سنة اما مستواهم الدراسي فهو يندرج بين امي و جامعي كما يظهر في المجموعة.

عرض الحالة الأولى :

خيرة :52سنة ،أمية تزوجت في سن مبكرة **(14 سنة)** زوجها سائق أجرة مستواه التعليمي **ابتدائي، الحالة المادية** للأسرة متوسطة وهي متكونة بالإضافة إلى الوالدين من **8 أطفال 5 ذكور و3 بنات** ،وقد اضطرت خيرة للخضوع **لعملية جراحية لاستئصال ثديها الأيسر بعد اكتشافها لإصابتها بسرطان الثدي .كانت ظروف المقابلة حسنة حيث** أظهرت المصابة هدوء وبرودة ولم تظهر **عليها إشارة دلت على انفعال**

المقابلة نصف الموجهة:

من خلال ما ورد في أجوبة الحالة الأولى حول أسئلة محور مرحلة التشخيص **،نلاحظ عدم تقبلها لمرضها من** خلال قولها **"ما حسيت بوالو** ،راني نادمة ،**وما أمنتش "**

أما فيما يتعلق بأجوبة مرحلة الجراحة ,فقد سبب لها خبر الإصابة صدمة كبيرة ويظهر ذلك من خلال قولها **"خفت بزاف وبكيت وحدي"**فهي لم تخفي مشاعر الخوف والقلق ولكنها تمسكت بالوازع الديني ,كما انها لم تتقبل استئصال **ثديها** ،رغم محاولات العقلنة التي تقوم بها ،**وهذا ما يظهر** في قولها "كي نبدل البونسمو مانخزرشي فيها حتى جاز **الوقت باش هكذا نشوفها".**

وفي حديثها عن نظرتها نحو ذاتها ,فهي تعبر عن القدرة على تجوزها لمرضها حيث تقول "جوزت بزاف حوايج في وقت الإرهاب ماتولي زوج أولادي في البومبة وأنا صبرت..."حيث تشبه أزمتها المرضية بما عانته في مرحلة الإرهاب ، وتقولي أنا ،قوية لمواجهة المرض ,وهي لا تعتبر ان المرض غير كثيرا او انقص من ذاتها .

وعن علاقتها بعائلتها عامة تقول انها جيدة وقد توطدت اكثر مع مرضها وتقول هذه الاخيرة عن زوجها (تقولشي ملايكة)وتتحدث عن بعض المشاكل مع عائلة زوجها والتي غالبا ما تحدث ،ولكن أصابتها مكنتها من تجازها وتقول عن ذلك (الواحد يقول الحق ،ما خلاونيش وحدي ،كي كنت في السبيطار واحد يخرج

مقياس تقدير الذات لروز نبورغ :

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات لروز نبورغ على الحالة الأولى السيدة خيرة وبعد حساب النتائج التي كانت 28نقطة نلاحظ انها تشير إلى مستوى تقدير ذات إيجابي متوسط وهذا ما يؤكده ما جاء في نص المقابلة الخاص بمحور النظرة نحو الذات.

عرض الحالة الثانية:

العالية: 50سنة ،أمية ،متزوجة وأم ل5خمسة أطفال 4ذكور وطفلة زوجها يملك مقهى ومطعم ويديرها بمساعدة أكبر أبنائه،الحالة الاقتصادية للأسرة جيدة، تزوجت العالية في السابعة عشر من عمرها ، وكان أول حمل لها وهي بسن الثامنة عشر ،واضطرت العالية للخضوع لعملية جراحية لاستئصال ثديها الأيسر، وقد كانت ظروف المقابلة حسنة نوعا ما نظرا للدهشة الظاهرة على العالية .

المقابلة نصف موجهة:

نلاحظ من خلال المقابلة فيما يتعلق بالمحور الخاص بمرحلة التشخيص أن المصابة استغرقت وقتا قبل اكتشافها لمرضها وهذا يؤكد ماجاء به الجانب النظري عن كون المصابات يستغرقن وقتا بين ظهور أول عرض وزيارة الطبيب وقد تلقت خبر إصابتها بصدمة واستعلمت ميكانيزم الرفض والنكران لإصابتها ويظهر ذالك في قولها "حكمتني الخلعة والله ما أمنت"وقد ربطت إصابتها بالسرطان بالموت الأكيد تقول "حسيت ساعتي جات" استعملت العقلنة التي ظهرت في النازع الديني ويظهر ذلك في قولها "نحمد ربي عاللي عطاهالي و كل حاجة بالمكتوب"

وعن علاقاتها الاجتماعية ومعاملاتها المحيطين لها فهي تؤكد على بقاء العلاقة سليمة وجيدة فيها يخص علاقتها باولادها لكن علاقتها بزوجها تغيرت بعد إصابتها إذ تقوم بإسقاط التغير الذي جرى لزوجها على ثديها و العملية التي اجرتها.

تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبورغ:

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبورغ على الحلة الثانية السيدة العالية وبعد حساب النتائج التي كانت 22 نقطة و التي تشير إلى مستوى تقدير الذات إيجابي متوسط نلاحظ أن النتائج تدعم ما جاء في نص المقابلة في المحور الخاص بالنظرية نحو الذات .

عرض الحالة الثالثة :

فضيلة : 45 سنة ،**مستواها الدراسي ثالثة ثانوي، متزوجة وزوجها يعمل كمدير بالمدرسة** التي تعمل بها معلمة للغة الفرنسية ،مستواه الدراسي ثالثة ثانوي أيضا .تزوجت فضيلة في سن (22) من عمرها وأول حمل كان وهي في سن (23) ،**المستوى الاقتصادي للأسرة جيد نظرا لكون الزوجين** عاملين كلاهما ،والأسرة تتكون إضافة إلى الوالدين من **ثلاثة أطفال ،اثنين بنات وذكر ،وقد اضطرت فضيلة للخضوع لعملية جراحية لاستئصال ثدييها الأيسر بعد إصابتها بسرطان الثدي .وقد تمت ظروف المقابلة بشكل جيد جدا ،فقد تعاونت فضيلة و أفادتنا بأجوبتها وقد كانت جد هادئة وأبدت اهتماما بموضوع دارستنا.**

المقابلة نصف موجهة:

نلاحظ من خلال اجوبة السيدة فضيلة في المحور المتعلق بمرحلة التشخيص انها تلقت خبر إصابتها بسرطان الثدي بصدمة وهذا ما جاء في قولها " حكمني Choc " ، **و نلاحظ أنا استعملت ميكانيزم** المقاومة المتمثل في الرفض اي انها رفضت تصديق خبر إصابتها وهذا ما يؤكده قولها "**مأمنتش وما رانيش مصدقة لحد الآن** "وهذا ما يؤكده **أن النساء المثقفات يقمن بإنكار مرضهن ويعلن إنكارهن ، بكون ينتمين لعائلات** لم يسبق لأحد أن أصيب بالمرض ، ويظهر ذلك في قولها " في **العايلة واحد ما مرض بالكونسار** ".أما فيما يخص أجوبة مرحلةالجراحة ،فالحالة الخامسة لم تخف مشاعر الخوف والقلق من إجراء العملية الجراحية ونلمس رفضها فكرة التخلي عن ثدييها ويظهر ذلك في قولها "رفضت في ال Début **ولكنها تقوم بعملية العقلنة لإخفاء هذا الرفض ويظهر ذلك** بقولها " **سبعد قالت الي جاتلي** ربي قع مليحة " وكذلك تستعمل النازع الديني كنوع من ميكانيزمات العقلنة ويظهر في قولها "الشدة في ربي وقريت

القرآن ودعيت ربي والحمد لله .وبالنسبة لاجوبة المحور الخاص بالنظرة نحو الذات نلاحظ ان نظرة السيدة فضيلة لذاتها نظرة إيجابية ولا تعتبر ان الإصابة وإجراء عملية استئصال لثدييها الايسر قد غير كثيرا من نظرتها لذاتها بل تعتبراها لا تزال تهتم بنفسها وهذا يظهر من قولها "راني بالاك خير من اللي كنت وbien sur لازم نكون دايما bien habillé et class وما زالني نهتم بروحي اكثر من قبل و الحمد لله .وفيما يخص أجوبة المحور المتعلق بالعلاقات الإجتماعية فنلاحظ من خلالها ان السيدة فضيلة تعتبر زوجها واولادها هم اسرتها وهي محل الإهتمام وتعتبران إصابتها بالسرطان لم تحدث تغيير على علاقتها باسرتها الصغيرة وتؤكد ان علاقتها بزوجها علاقة تملؤها الرومانسية وهذا ما يظهر في قولها " راجلي يحبني ودايما يجيب لي الورد ويقولي إنت ورد وتستاهلي الورد "

تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبورغ:

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبورغ على السيدة فضيلة وبعد حساب النتائج التي كانت 34 نقطة والتي تشير إلى مستوى تقدير ذات إيجابي مرتفع وهذا ما أكده كلامها الذي جاء في نص المقابلة في المحور المتعلق بالنظرة نحو الذات .

عرض الحالة الرابعة :

حميدة : 44 سنة ،عزباء ، أمية ، الحالة الإقتصادية متدنية ، والداها متوفيان ،وهي تعيش في بيت الأسرة الكبير ، تعيش مع إخوا 2 ذكور وبنت واحدة أخوها الأكبر سنا بمثابة والدهم عمره 46 سنة متزوج ولديه أطفال ويعمل موظف بالدائرة ،أما الأخ الذي يصغرها سنا عمره 39 سنة متزوج ويعيش لوحده مع زوجته ولديه ثلاثة أطفال ،وأختها الصغرى 34 سنة متزوجة من مهندس زراعي لكنه يعمل كأستاذ للغة الفرنسية بأحد الإكماليات ، حميدة تعيش مع أخوها الأكبر وأسرته ، وقد اضطرت للخضوع لعملية جراحية لاستئصال ثديها الأيمن إثر الإصابة بسرطان الثدي . وقد تمت ظروف المقابلة بشكل جيد فقد أظهرت المصابة تعاونا فعالا في الإجابة عن تساؤلاتنا رغم الحزن البادي عليها .

تطبيق مقياس روزنبورغ لتقدير الذات:

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات لروسنبورغ على الحالة السابعة وبعد حساب النتائج التي كانت 18 نقطة والتي تشير إلى مستوى تقدير ذات سلبي منخفض نلاحظ أن هذه النتيجة تدعم ما جاء في نص المقابلة في المحور الخاص بالنظرة نحو الذات .

المقابلة نصف موجهة:

من خلال اجوبة الحالة حول المحور المتعلق بمرحلة التشخيص بجد انها كانت صريحة في التعبير عن مشاعرها المتمثلة في الخوف والقلق وكذا تلقي خبر إصابتها على شكل صدمة لها ، واستعملت ميكانيزم الإنكار المتمثل في الرفض أي رفض تصديق الإصابة وهذا ما يظهر في قولها " خفت وعرفت بلي ما نبراش قع ما نيش مأمنة بلي صح ".بخصوص اجوبتها المتعلقة بمرحلة الجراحة نلاحظ انها تخف مشاعر الخوف و القلق كما انها استعملت ميكانيزم **الإنكار** ورفضت إصابتها ورفضت كذلك فكرة التخلي عن ثدييها يظهر ذلك في قولها " **ما قبلتش كنت رافضة مع الأول** " لكنها تعود لتستعمل ميكانيزم العقلنة المتمثل في استخدام الأفكار العقلانية لإخفاء هذا الرفض ، ويظهر هذا في قولها "بصح محتمة ، داروهالي بالسيف ،قالولي يا دييها يا تموتي " كما انها تتمسك بالنازع الديني في قولها "**دعيت** ربي باش نبرا والحمد لله على كل حال "اما عن نظرتها نحو ذاتها فنجدها نظرة سلبية فهي ترى ان إصابتها بالسرطان قد غيرت كثيرا من ذاتها واصبحت مختلفة وفقدت **الاهتمام** بكل شيء في الدنيا ، ويظهر ذلك قولها " **تبدلت بزاف** وخسرت كامل وكرهت كل شيء في هاذي الدنيا ".**وبالنسبة للمحور الخاص بالعلاقات الاجتماعية فهي تعتب أن** الإصابة قد قربتها من عائلتها وأنقصت من المشاكل العالقة وتعتبر أن المحيطين بتا يشفقون عليها .

عرض الحالة الخامسة:

حسينة : 40 سنة ،مطلقة ، المستوى الدراسي إبتدائي ،المستوى الإقتصادي للأسرة متدني ،تطلقت مباشرة بعدما علم زوجها بإصابتها بسرطان الثدي ،وهي تعتبر كزوجة ثانية لرجل يبلغ من العمر سنة ، متزوج من امرأة أخرى وله أولاد **،أما حسينة فقد فرضت عليها الظروف أن تقبل أن تكون ضرة 59**لغيرها ، لكنها تطلقت بعد **7 سنوات من الزواج** ولم تنجب أطفال طوال هذه الفترة ،وهي تعمل كعاملة نظافة بأحد البنوك ،وقد اضطرت حسينة للخضوع لعملية

جراحية لاستئصال ثدييها الأيسر بعد إصابته بالسرطان،وقد تمت المقابلة بشكل صعب نوعا ما نظرا للحالة النفسية السيئة للسيدة حسينة وملامح الحزن والاكتئاب الظاهرين على تعبير وجهها .

المقابلة نصف الموجهة:

من خلال ما تضمنته أجوبة الحالة عن المحور المتعلق بمرحلة التشخيص، فنلاحظ أن الحالة أخذت وقت بين أول زيارة للطبيب وظهور العرض الاول للمرض ،وهذا ما يؤكد ما جاء في الجانب النظري ، ونلاحظ انها تلقت خبر إصابتها با لسرطا ن صدمة و أول ما فكر ت به هو الم وت ، بلاعتبار أنا تعتقد أن السرطان يعني الموت ، وكذلك نجد انها تنكر هذا المرض ولم تستطع حتى تسميته وذكره على فمها فقط اكتفت بذكر"المرض الشين "بدل ذلك ،ولم تخف الحالة مشاعر الخوف من التشخيص بل عبرت عن خوفها ،وتعدت ذلك بتعبيرها عن همها جراء الحالة المزرية التي تعيشها وفيما يتعلق بمحور الجراحة نجد أن الحالة كانت تعتقد أن العملية الجراحية تعني الموت ، وقد كانت في حالة اكتئاب إذ ربطت مرضها بالموت المحتم والأكيد ويظهر ذلك في قولها " كنت متأكدة بلي ما نخرجش حية من العملية " ، وفيما يتعلق بإجابتها عن إحساسها بعد العملية نلاحظ انها كانت ترغب في الموت وعدم موتها يعتبر نقص حظ كما تقول "حسيت بالقنطة على الزهر اللي ما عنديش ، حتى الموت كي طلبتها ما جاتنيش ".أما بالنسبة للمحور بالنظرة نحو الذات نجد انها نظرة جد سلبية نظرا للظروف المعيشية السيئة التي كانت تعيشها قبل زواجها وبعد زواجها ومرضها على السواء،وتعتبر أن الإصابة هي التي أنقصت أكثر من رؤيتها لنفسها ،وتعتبر انها بإصابتها بالسرطان قد انتهت ولايهمها مظهرها بعد ذلك ،ويظهر كل هذا في قولها " كنت عايشة كل يوم نستنى وقتاش نموت وضرك خلاص المرض زا د كمل عليا راحت عليا خلاص "

وبالرجوع لمحور العلاقات الإجتماعية فنجد أن علاقات الحالة كلها مقتصرة على طليقها وبيت خالها الذي حسب قولها عاشت فيه مأساة ويرجع ذلك إلى طبع خالها الشرير في قولها "خالي طماع وخبيث " وكذلك تقول انها ليست لها عائلة وزوجها يعتبر سبب مرضها في قولها " راجلي دار فيا المنكر وربالي القنطة حتى مرضت "،وتعتبر انها ارتاحت منه بمرضها هذا.

تطبيق مقياس روزنبورغ:

بعد تطبيق مقياس روزنبورغ لتقدير الذات على السيدة حسينة وبعد حساب النتائج التي كانت 16 نقطة والتي تشير إلى مستوى تقدير ذات سلبي منخفض نلاحظ ان هذا يؤكد ما جاء به في نص المقابلة حول نظرتها لذاتها .

عرض الحالةالسادسة:

عقيلة : 27 سنة **وهي عزباء ، مستواها الدراسي سنة ثالثة جامعي ، المستوى** الاقتصادي للأسرة متدني،هي تنتمي لعائلة تتكون بالإضافة إلى الوالدين من ثلاثة إخوة ،أخ يكبرها سنا يعمل كسائق حافلة وآخر يصغرها سنا يدرس بالجامعة أما أختها الصغرى فهي تدرس بالتكوين المهني ، قصد الحصول على شهادة الإعلام الآلي بغية الحصول على **عمل تساعد به عائلتها ،والدها متقاعد وأمها ماكثة بالبيت.اضطرت عقيلة للخضوع لعملية جراحية للقيام باستئصال ثديها الأيمن بعد إصابتها بسرطان الثدي.**

وقد تمت ظروف المقابلة بشكل صعب نظرا للحالة النفسية السيئة التي كانت تعاني منها عقيلة ولكن لم يمنع من إتمام **المقابلة بشكل ناجح.**

المقابلة نصف الموجهة:

من خلال أجوبة الحالة المتعلقة بالمحور الأول الخاص بمرحلة التشخيص نلاحظ أنا استغرقت وقتا قبل استشارة الطبيب بعد ظهور أول عرض وهذا ما يؤكد ما جاء في الجانب النظري حول الوقت المستغرق بين ظهور أول عرض وزيارة الطبيب، وقد كان خبر إصابتها بمثابة صدمة شديدة لها و اعتبرت أن الموت هو المرادف الأكيد **لإصابتها . كما نجد أنا تستعمل ميكانيزم الإنكار رفض تصديق إصابتهن وهذا ما يؤكد أن النساء المثقفات يقمن** بإنكار مرضهن ، ويعللن إنكارهن بكونهن ينتمين لعائلات لم يسبق لاحد فيها ان اصيب بالمرض ويظهر ذلك في قولها "حكمني Choc وقلت خلاص حياتي خلاصت واحد في دارنا ما عندو هذا المرض، ما رانيش قع مأمنة " **أما فيما** يخص اجوبة المحور الخاص بمرحلة الجراحة بحد انها لم تخف مشاعر الخوف والقلق من إجراء العملية الجراحية كما تتاكد أهمية الثدي عند حالة الخامسة عشر عن طريق رفضها فكرة التخلي عنه ويظهر ذلك في قولها " **ما كنتش حابة ندير** L'opérationرفضت في الأول وما حبيتش خلاص "

أما فيما يخص إحساسها بعد إجرائها للعملية فنجدها اعتبرت نفسها مشوهة وتلقت نتيجة العملية بانفعال شديد ،وهذا ما يظهره قولها " بعد العملية كرهت حياتي ، ولقيت روحي مشوهة ، وحكمتني القنطة ".

اما بالنسبة لمحور النظرة نحو الذات فنجد ان نظرة عقيلة لذاتها مرتبطة بنظرة الآخرين لها خاصة الرجل الذي فقدت كل الامل بان يجده ، وتعتبر ان إصابتها غيرت كثيرا من نظرتها لذاتها فهي ترى نفسها مشوهة

وأسوأ مما كانت عليه يوما وفقدت الأمل في أن تعود لسابق عهدها هذا ما يظهره قولها " ضرك تبدلت، راني نشوف روحي مشوهة ،تبدلت نحو الأسوء ، ما رانيش رايحة نولي كيما كنت ، وضرك راجل ما نعجبوا ،وما رايحاش نتزوج خلاص".

أما فيما يخص إحساسها بعد إجرائها للعملية فنجدها اعتبرت نفسها مشوهة وتلقت نتيجة العملية بانفعال شديد وهذا ما يظهره قولها "بعد العملية كرهت حياتي ، ولقيت روحي مشوهة ،وحكمتني القنطة ".

أما عن أجوبتها المتعلقة بالعلاقات الإجتماعية فهي لا تعتبر أن إصابتها قد غيرت شيئا مما كانت،عليه علاقتها مع أهلها بل تحسنت عما كانت عليه .

تطبيق مقياس روزنبورغ لتقدير الذات:

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبورغ على الحالة الخامسة عشر وبعد حساب النتيجة التي كانت 16 نقطة وهي تشير إلى مستوى تقدير ذات سلبي منخفض نلاحظ أن هذه النتيجة تدعم وتؤكد ما جاء في نص المقابلة في المحور الخاص بالنظرة نحو الذات للآنسة عقيلة.

2- التحليل الإحصائي النتائج:

محاولة منا لتأكيد ما تحصلنا عليه من نتائج في عرض الحالات سوف نستعين في هذه النقطة بالاختبارات الإحصائية و هذا طبعا سيكون حسب التسلسل الذي جاء في الفرضيات.

الفروق في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي حسب الحالة الأسرية:

للتحقق من الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي بين المتزوجات و العازبات لجأنا إلى التحاليل الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (07).يظهر من خلال الجدول رقم (07) أن الفروق الملاحظة بين متوسطات العازبات المصابات بسرطان الثدي و المتزوجات المصابات قدرت ب6.

و للتأكيد من دلالة الفروق لجأنا لحساب قيمة (ت) كما هو موضح في الجدول رقم(07) حيث قدرت قيمته2.72 وهي أكبر من (ت) المجدولة و التي قدرت ب2.31 عند مستوى الدلالة 0.05 ،و بالتالي الفروق الملاحظة دالة إحصائيا و منه نقبل الفرضية القائلة بأن النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي.

جدول رقم (07)يمثل قيم(ت)لدلالة فروق المتوسطات في تقدير الذات حسب الحالة الأسرية:

المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق	قيمة T المحسوبة	قيمة T المجدولة
عازبات	8	18.25	3.28	6	2.72	2.31
متزوجات	8	24.25	5.28	6	2.72	2.31

2-الفروق في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي حسب المستوى التعليمي :

للتحقق من الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي بين ذوات مستوى تعليم عالي و ذوات مستوى تعليمي منخفض لجأنا إلى التحاليل الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (08).

جدول رقم (08) يمثل قيم (ت)لدلالة فروق المتوسطات في تقدير الذات حسب المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق	قيمةT المحسوبة	قيمةT المجدولة
عالي	8	20.5	4.75	1.5	0.55	2.31
منخفض	8	22	5.95	1.5	0.55	2.31

يظهر من خلال الجدول (08) أن الفروق الملاحظة بين متوسطات المصابات بسرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي العالي و ذوات المستوى التعليمي المنخفض قدرت ب 1.5 لصالح المريضات بسرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي المنخفض.

وللتأكد من دلالة الفروق لجأنا لحساب قيمة (ت) كما هو موضح في الجدول رقم (05) حيث قدرت قيمته 0.55 وهي أكبر من (ت) المجدولة و التي قدرت ب 2.31 عند مستوى الدلالة 0.05 ،و بالتالي الفروق الملاحظة غير دالة

إحصائيا ومنه ترفض الفرضية القائلة بأن النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات مستوى تعليمي عالي يظهرن مستوى تقدير ذات منخفض مقارنة بالنساء المصابات بسرطان الثدي ذوات مستوى تعليمي منخفض.

3-الفروق في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي حسب متغير السن:

للتحقق من الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات عند المصابات بسرطان الثدي بين النساء اللواتي يقل عمرهن عن 40 سنة واللواتي يزيد سنهن عن 40 سنة لجأنا إلى التحاليل الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (09)

جدول رقم (09) يمثل قيم (ت)لدلالة فروق المتوسطات في تقدير الذات حسب متغير السن :

السن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق	قيمة T المحسوبة	قيمة T المجدولة
أقل من40 سنة	8	19.75	3.77	3	1.153	2.31
أكثر من40 سنة	8	22.75	6.32	3	1.153	2.31

يظهر من خلال الجدول رقم (09) أن الفروق الملاحظة بين متوسطات المصابات بسرطان الثدي الأقل من 40 سنة و المصابات الأكبر من 40 سنة قدرت ب 3 لصالح فئة الأكبر من أربعين سنة.

و للتأكد من دلالة الفروق لجأنا لحساب قيمة (ت) كما هو موضح في الجدول رقم (09) حيث قدرت قيمته 1.153 وهي أصغر من (ت) المجدولة والتي قدرت ب 2.31 عند مستوى الدلالة 0.05 ،و بالتالي الفروق الملاحظة غير دالة إحصائيا و منه نرفض الفرضية القائلة بأن النساء المصابات بسرطان الثدي الأقل من 40 سنة يظهرن مستوى تقدير ذات منخفض مقارنة بالنساء المصابات بسرطان الثدي الأكبر من 40 سنة.

3- مناقشة النتائج:

يمكن القول من خلال عرض و تحليل الحالات الستة عشر السابقة ،و التي تمثلت في نساء مصابات بسرطان الثدي و خضعن لعملية جراحية لاستئصال الثدي المصاب ،أن كل الحالات السادسة عشر السابقة أظهرت رفضا و عدم تقبل لهذا المرض و للعملية الجراحية ،و جاء ذلك في شكل تعبير صريح أو في قالب ميكانيزمات دفاعية استعملت لتجنب وضعية القلق التي تولدها كل من الإصابة والجراحة على حد سواء،ومن بين الميكانيزمات المستعملة نذكر الرفض والذي يتمثل في عدم الاعتراف بخطورة المرض الذي اصابهن ،و إنكار مشاعر الخوف التي يولدها عندهن باستعمال العقلنة التي من خلالها يقمن باستبدال الأفكار المزعجة المتعلقة بالإصابة بأفكار عقلانية لتمكنهم من التكيف مع الأوضاع المحيطة كما استعمل كذلك الكف عند عدم القدرة على استرجاع الأفكار المتعلقة بالإصابة ،وقد توصلنا في نهاية دراستنا هذه التي صممت لمعرفة تاثير الإصابة بسرطان الثدي على تقدير المراة لذاتها وذلك بعد ان استعنا للتحقق من ذلك بمقياس تقدير الذات لروسنبورغ الذي لجأنا لتطبيقه في مركز مكافحة السرطان بمستشفى فرانس فانون إلى ان الإصابة بسرطان الثدي لها تاثير على تقدير المراة لذاتها ،ووجدنا حالة واحدة فقط لم تؤثر الإصابة على تقديرها لذاتها و هي الحالة الحادية عشر ،وتوصلنا كذلك إلى نفي وإثبات بعض الفرضيات المطروحة وكانت كالتالي:

_لقد تحققت الفرضية الأولى التي تنص على أن النساء العازبات المصابات بسرطان الثدي يظهرون مستوى تقدير ذات منخفض مقارنة بالنساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي وقد يرجع هذا الفرق لكون أن المجموعة الأولى من النساء أي العازبات سيعيقهن فقدان هذا العضو من الزواج باعتبار أنه عضو مهم من الناحية الجنسية و الجمالية,كما أن مجتمعنا يضع الفتاة المريضة في درجة أقل من غيرها باعتبار أن المرض سيعيقها عن ممارسة حياة عادية، وبالتالي سيفقدها فرصة الحصول على زوج وقد يكون هذا هو السبب في انخفاض تقدير الذات لدى هذه المجموعة اكثر من مجموعة النساء المتزوجات, وهذا يظهر فيما صرحت به بعض النساء العازبات مثل قول إحداهن:راني نحس في روحي ناقصة الهنا مكانش مانيش مهنية وحدة ماهيش متزوجة وتنحي الصدر نتاعها حاجة ماهيش نورمال ومكانش كامل لي يشوف فيها،وتصريح أخرى وعلا بالي واش ندير مارنيش رايحة نولي كيما كنت،وضرك راجل ما نعجبوا،وما رانيش رايحة نتزوج خلاص .

_أما الفرضية الثانية القائلة أن النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات مستوى تعليمي عالي يظهرن مستوى تقدير ذات منخفض مقارنة بالنساء المصابات بسرطان الثدي ذوات مستوى تعليمي متدني لم تتحقق وبالتالي لا يتدخل

المستوى التعليمي للمرأة المصابة بسرطان الثدي في تحديد مشاعر تقدير الذات لديها بقدر ما يتدخل المرض والحالة الأسرية.

_أما فيما يتعلق بالفرضية الثالثة القائلة أن النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي يقل عمرهن عن 49 سنة يظهرن مستوى تقدير ذات منخفض مقارنة بالنساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي يزيد عمرهن عن49 سنة لم تتحقق، فرغم ظهور بعض الفروق إلا انها لم تكن لها دلالة إحصائية، وهذا يعني ان تاثير الإصابة بسرطان الثدي على تقدير الذات غير متفاوت عند النساء الأقل من49 سنة والنساء الأكبر من49 سنة،أي أن السن قد لا يتدخل في تحديد مشاعر تقدير الذات .

خلاصة عامة:

انطلقت دراستنا من فكرة أن مرض السرطان،خاصة سرطان الثدي مرض مزمن يلازم صاحبه هذا من الناحية الجسدية،أما من الناحية النفسية فيمثل ضغطا كبيرا على المصاب به والذي ينتج من مضاعفات المرض ومن تشوه الصورة الجسدية للمرأة المصابة خاصة إذا أجري البتر،وبالتالي حاولنا في بحثنا هذا دراسة مشاعر تقدير الذات عند هذه الفئة المصابة ومدى تدخل كل من الحالة الأسرية والمستوى التعليمي والسن زيادة على المرض في تحديد هذه المشاعر.

وتوصلنا في نهاية دراستنا هذه إلى ان هناك فروقا في مشاعر تقدير الذات لدى النساء المريضات بسرطان الثدي حسب متغير الحالة الأسرية (متزوجة ،عزباء).

كما أثبتت أهمية الاهتمام بمشاعر تقدير الذات التي تحملها النساء المريضات بسرطان الثدي لما لها من أهمية في التوافق النفسي .

يمكن لنتائج بحثنا أن تكون نقطة الانطلاقة في وضع مخطط علاجي للمهتمين بالتربية العلاجية لمرضى سرطان الثدي من طبيب ومختص نفسي وتقني سامي في الصحة للاهتمام بمشاعر تقدير الذات و الأخذ بعين الاعتبار أثناء المقاربة العلاجية الوضعية الأسرية للمريضة وكذا بعض التوصيات التي خلصنا إليها من خلال دراستنا :

- إن للثدي أهمية خاصة لدى المرأة لذلك يجب التقليل من الاستئصال الكلي والإكتفاء بالإستئصال الجزئي.
- تشجيع المرأة على اللجوء إلى الطبيب في حالة اكتشاف أي ورم بسيط .
- ضرورة الإهتمام بالرعاية النفسية للمرأة بعد استئصال الثدي وذلك لاتاحة الفرصة للمرأة للتعبير عن الألم النفسي .
- تكريس الجهود للتعرف على الأسباب الحقيقية للمرض وبالتالي توسيع دائرة الوقاية من مرض أثره نفسي وجسدي.
- إن نظرة الآخرين للمرأة تتدخل في مدى تقبلها للمرض ،وصحتها النفسية تعتبر المؤشر الطبيعي لصحة أي مجتمع لذلك يجب أن نغير نظرتنا للمرأة التي تؤكد على الجانب الجمالي والإهتمام بالجانب الداخلي .

قائمة المراجع والمصادر

أولا :المراجع باللغة العربية

أبو غرارة ف- ع.،(1990) **الأورام**، الدار الجماهرية،ط 1، ليبيا

إدوارد ج .،ت/أحمد عبد العزيز سلا مة، (1988) **الدافعية و الانفعال**، دار الشروق، بدون طبعة، القاهرة .

فوزي س -ا.، (1996) **الصحة النفسية**، مكتب الزهراء، بدون طبعة،الشرق.

زهران ح -ع.، (1997) **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، دار المعارف، الطبعة الثالثة، مصر.

شاهين ر -م.، (1992) **الأنماط النفسية للمرضى الجسديين**، مجلة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية، العدد12، بيروت.

روتزال س.، ت/ فرج الشامي(2000) **علاج سرطان الثدي** ، دار –العربية للعلوم، ط1، لبنان.

الدجاني س.، (1989) **تمريض المصابين بالسرطان والعناية بهم**، دار الأندلس،ط1.

خير الله م.، (1981) **مفهوم الذات أسسه النظرية والتطبيقية** ،دار النهضة العربية للطباعة والنش، بدون طبعة، بيروت.

عبد الله م-س.، (2000) **دراسات في النفسية الهوية الاغتراب الاضطرابات النفسية** ،دار الرشاد، ط1، القاهرة.

صالح الأزرق ع.، (2000) **علم النفس التربوي للمعلمين**، دار العربي،بدون طبعة ،لبنان.

دويدار ع.، (1962) **سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات و الاتجاهات** ،دار النهضة العربية للطباعة والنشر ،بدون طبعة.

عبد الهادي ح.، (2003) **تلوث البيئة ومرض السرطان الوقاية والعلاج** ،دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة ،ط1 ،سوريا.

قحطان أحمد الظاهر. (2004) **مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق**، دار وائل،ط1،عمان، الأردن.

الدسوقي ك.، (1989) **النمو التربوي للطفل والمراهق**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بدون طبعة، بيروت.

ليلى ع –ع.، (1985) **مقاييس الذات للكبار والصغار**،دار النهضة، ط1، القاهرة، مصر .

عماد الدين إ- م.، (1982) **النمو في مرحلة المراهقة**، دار العلم، ط1، الكويت.

حرز الله م.1999،علم الأمراض و الطب الشرعي،دار المعارف، بيروت،لبنان.

حامد منسي م – ع.، (1986) **قياس مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة**، مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز، ط1، المملكة العربية السعودية.

مختار م.، (1982) **محاضرات في علم النفس الاجتماعي**، ديوان المطبوعات، بدون طبعة.

العشوي م.، (1999) **مدخل إلى علم النفس**، ديوان المطبوعات الجامعية،بدون طبعة.

عبد الله م – س.، (2000) **بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية**، دار غريب، المد الثالث، القاهرة.

ثانيا:المجلات

النابلسي م - أ.، (1993) **العلاج بالحركة،منحنى تحليلي لمرض السرطان**، مجلة الثقافة النفسية، العدد14،دار النهضة العربية،بيروت.

ثالثا:الرسائل الجامعية

العبزوي ر.، (2000) **علاقة مركز التحكم وتقدير الذات بأصل الإعاقة الحركية السفلى ،دراسة مقارنة بين ذو الإعاقة المكتسبة وذو الإعاقة الخلقية من الراشدين**، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي .

زلوف م.، (1992) **علاقة مفهوم الذات ومركز التحكم بسلوك المدخنين لدى المراهقين**، ماجستير، معهد علم النفس، جامعة الجزائر.

فريد م.، (2004/2003) **تقدير الذات وعلاقته بدافع الإنجاز عند لاعبي كرة القدم في الجزائر**،ماجستير، معهد علم النفس، جامعة الجزائر.

رابعا:القواميس

طه ع.، بدون سنة ،**معجم علم النفس والتحليل النفسي**،دار النهضة العربية، ط1، بيروت.

حنفي ع.، (1994) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، مكتبة مد بولي، ط4.

32. AJURIE GUERRA (j),1998.

34.-BENZIDANE N – E ., (2004) . cancer du sein ;diagnostic & traitement ,Edition :Ossies ,publication.

35 FEURLHADE F.,(1999) ECALITCHI.J .P. LE BOURGEOIS , cancer du sein, facteur ,pronostiques et stratégies thérapeutiques sauramps médicale ,France.

36 **ANDRE DOUART** ,1990 , Nouveau la rousse médicale, librairie la rousse, Paris.

37 **BELLIVEAU N., (** 1986**)** le cancer du sein, édition FLLAMARION médecine science, Paris.

38.-**BENDIB**(A) ,cancer du sein en Algérie, des études faites en sénologie ,CPMC ,Alger .

39.-**BENOIT(M) & ALL** ,1997 ,la rousse médicale , édition la rousse , Paris .

40.-**CHOMETTE (**G) &all, 1982, anatomie pathologie ,édition Marketing, Paris .

41.-**Cooper Smith** ,196 ,the antecedent of self-esteem, sane-Francisco free man .

42.-**DEMAILLE** ;A ,1989,encyclopédie des cancer (prévention et diagnostic),FLLAMARION ,paris.

43.- **DEMOIT** (p),1999,les cancers humains , édition Hachette, Paris .

44.-**DOMINIQUE PIERROT**,2001 ,cancer du sein ,la revue top santé ,N° 126.E.MAP .France.

45.-**F.LEMOINE** .P. GUERIN ,1980,traitement et pronostic du cancer du sein ;revue praticien , édition , N°6.J-B Bailler ,Paris .

46.-**GARNIER DELAMARRE ,**2004 , dictionnaire illustré des termes de médecine ,28 édition ,Maloine, Paris.

47.-**GHYS(R)**,1989 ,les maladies du sein ,édition Québec ,Amérique.

48.-**GUERRIN(N)** ,1990, karsinogéne ;histoire naturel des cancer , ENAP ,ALGER.

49.-**HADJAM(R)** ,1991 ,être femme en bonne santé, édition Oméga ,Alger .

50.-**KABARROT** ,E, 2002 ,cancérologie général, MASSON ,Paris .

51.-**L.HACPILLE** .1994,la douleur cancéreuse et son traitement ,approche global en soins palliatifs ,édition Frison –Rosh ,paris.

52.-**LA GARDE ,**le cancer tout ce qu'il faut savoir ; dictionnaire pratique de A à Z, Paris .

53.-**LA ligue nationale contre le cancer ,**avril 2003 , le cancer du sein ;information et prévention.

54.-**LARRA(F) &all ,** manuel de cancérologie, édition Doin ,Paris .

55.-**MARILON ;BRUCHON , SCHWEITZER** ,2002, psychologie de la santé modèles concerts et méthodes ,Dunod ;Paris .

56.-**MARTY (M) &all ,**1989,traitement du cancer du sein ,Paris .

57.-**MATHELIN (C) & all** ,2003,examen clinique des seins ;sein normal ,lésion bénignes et frontières, hôpital universitaire de Strasbourg .

58.-**N-DALY-SCHVEITZER,**1998 ,cancérologie clinique ,MASSON, Paris .

59.-**PLU BUREAU &all** ,2002 ,sein et hormones ,service d'endocrinologie et médecine de la production ,Paris .

60.-**RAZAVIE (D)**,1986, psycho oncologie ; le cancer , le malade et sa famille ,édition FLLAMARION médecine et science ,Paris .

61.-**RAZAVIE(D)** ,1998, intervention psycho oncologique : la pris en charge du patient cancéreuse , édition Masson, Paris.

62.-**Rosenberg, M .J,** when Dissonance fails, on elliminating évaluation appréhension from attitude measurment of person and soc ,psycfd , 1 .

63.-**Roussée (J)** ,1986, oncologie ,édition FLLAMARIPN médecine science ,Paris .

64.-**SYLVIE DOLBEAULT , VALERIE LAURENCE ,** 2004, L'annonce du diagnostique du cancer de sein , revue du praticien , N°54 . édition .j .b. Baillère , Paris .

65.-**TROJANI (M)**GROGAN (GM) ;1998 ,anatomie pathologie du sein, laboratoire d'anatomie pathologie, institut bergonie ,France .

66.-**TUBIANA MATHIEU(N)** ,2002 ,cancer prévention et dépistage , édition Masson , Paris .

67.-**YAKER (A)** ,cancérologie général , anatomie pathologie office des publications universitaires, Alger .

68.- 1984

69.-**Ziller,** self –esteem : A self –social construct . 71journal of consulting and clinical psychology, vol33,N°1.

الملاحق

دليل المقابلة :

التعليمة :

نرجو منكم الإجابة على الأسئلة التالية ،بهدف المساعدة على إتمام هذا البحث

الذي يخدم بحثا علميا وشكرا مسبقا على تعاونكم .

معلومات خاصة بالمبحوثة :

الاسم:

السن:

المستوى التعليمي:

المستوى الإقتصادي للأسرة :ضعيف متوسط جيد لايوجد دخل

هل أنت متزوجة: نعم لا

إذا كان الجواب بنعم ،ماهو عدد الأبناء ؟ ذكور إناث

ما هو السن عند الزواج ؟

معلومات خاصة بمرحلة التشخيص :

. كيف اكتشفت إصابتك بسرطان الثدي ؟

. متى تم تشخيص الإصابة بسرطان الثدي ؟

.كيف كانت ردة فعلك عند سماع التشخيص والتأكد منه ؟

معلومات خاصة بمرحلة الجراحة :

.كيف كان إحساسك قبل إجراء العملية الجراحية ؟

.كيف كان إحساسك بعد إجراء العملية الجراحية ؟

معلومات خاصة بالنظرة نحو الذات :

.كيف كانت نظرتك لنفسك قبل الاستئصال ؟

.كيف كانت نظرتك لنفسك بعد الاستئصال ؟

. هل حدث تغيير في اهتمامك بمظهرك بعد استئصال الثدي ؟

معلومات خاصة بالعلاقات الإجتماعية :

.كيف كانت علاقتك بعائلتك قبل اصابتك بسرطان الثدي ؟

..كيف كانت علاقتك بعائلتك بعد اصابتك بسرطان الثدي ؟

مقياس روسنبورغ لتقدير الذات باللغة العربية الفصحى:

نرجو منكم الإجابة هذه الفقرات المقترحة بكل صدق وموضوعية والتي تندرج في إطار بحث علمي لنيل شهادة الليسانس ونعلمكم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لذلك رجاءا وضع علامة (X) على الإجابة المختارة بكل دقة وموضوعية.

البنود	الدرجات			
	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1-على العموم أنا راضي عن نفسي.				
2-في بعض الأوقاف أفكر بأني عديم الجدوى.				
3-أحس أن لدي عددا من الصفات الجيدة.				
4-باستطاعتي إنجاز الأشياء بصورة جيدة كغالبية الأفراد.				
5-أحس أنه لا يوجد لدي الكثير من الامور اعتز بها.				
6-أنا متأكدة من إحساسي أحيانا بأنني عديم الفائدة.				
7-أحس أني فرد له قيمة وهذا على الأقل مقارنة بالآخرين.				
8-أتمنى لو يكون لدي احترام أكثر لذاتي.				
9-على العموم أنا ميال للإحساس بأني شخص فاشل.				
10-أتخذ موقف إيجابيا نحو ذاتي.				